



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Maestría en Educación Sexual

Prácticas profesionales de atención pre hospitalaria, en el abordaje de la violencia de género, Quito 2018-2019

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Magíster en Educación Sexual

Autor: Juan Diego Carpio Espinoza

CI: 0104426978

Director: Mgst. Henry Rafael Cadena Povea

CI: 1002243622

Cuenca, Ecuador

11-julio-2019



RESUMEN

La atención de primera respuesta a las víctimas de violencia de género se realiza por medio de la intervención, protocolos y guías clínicas como parte de sus prácticas profesionales en atención pre hospitalaria, las personas que realizan esta intervención pueden ser paramédicos, médicos, conductores de ambulancias u otros profesionales afines a la salud que realicen la intervención en el lugar de la emergencia.

Frente a esta intervención se puede realizar una atención asertiva o por el contrario re victimizar a la persona que ha vivenciado un hecho traumático producto del acto de violencia.

La presente tuvo por objetivo realizar un estudio analítico de las prácticas con la que estos profesionales realizan la primera atención, así como proponer un protocolo de primeros auxilios psicológico para el cuidado en crisis de estas víctimas.

Fue un estudio analítico - descriptivo, de corte transversal, con diseño cuantitativo, en el que participaron 152 profesionales de la zona 9 del Ministerio de Salud Pública, de ambos sexos, que desempeñan cargos como personal de atención pre hospitalaria.

Los instrumentos empleados fueron los cuestionarios: “Conocimientos, Opiniones y Barreras para la Infra Detección en Profesionales Sanitarios” y el Cuestionario “Opiniones y Creencias de los Profesionales” el cual se validó para su empleo, a través de expertos en la temática conformando un equipo multidisciplinario para dicha validación.

Los resultados obtenidos señalan que el 75.5% de los profesionales no tienen adecuadas prácticas frente a la violencia de género, más del 50% de los ítems revelan la necesidad de formación en la atención en crisis y la necesidad de la implementación de protocolos para atender a víctimas de violencia de género en emergencias, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables propuestas.

Palabras clave: Protocolo de atención. Primeros auxilios psicológicos. Re victimización. Crisis. Violencia de género. Atención pre hospitalaria.



ABSTRACT

The first response care to victims of gender violence is carried out through the intervention, protocols and clinical guidelines as part of their professional practices in prehospital care, people who perform this intervention can be paramedics, doctors, ambulance drivers or other professionals related to health who perform the intervention at the emergency site.

In front of this intervention, it is possible to carry out an assertive attention or, on the contrary, to victimize the person who has experienced a traumatic event caused by the act of violence.

The present objective was to carry out an analytical study of the practices with which these professionals perform the first care, as well as propose a psychological first aid protocol for the care in crisis of these victims.

It was an analytical - descriptive, cross-sectional study, with quantitative design, involving 152 professionals from zone 9 of the Ministry of Public Health, of both sexes, who hold positions as pre-hospital care personnel.

The instruments used were the questionnaires: "Knowledge, Opinions and Barriers for the Infra Detection in Health Professionals" and the Questionnaire "Opinions and Beliefs of Professionals" which was validated for its use, through experts in the subject forming a team multidisciplinary for such validation.

The results obtained indicate that 75.5% of the professionals do not have adequate practices against gender violence, more than 50% of the items reveal the need for training in crisis care and the need for the implementation of protocols to attend to victims of gender violence in emergencies, no statistically significant associations were found among the proposed variables.

Keywords: Protocol of attention. Psychological first aid. Re victimization. Crisis. Gender violence. Prehospital care



ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	12
1. CAPÍTULO I – ANTECEDENTES	17
1.1. Formulación del problema de investigación	17
1.2. Preguntas de investigación	18
Hipótesis nula	18
Hipótesis alternativa	18
1.3. Objetivos	18
1.3.1. Objetivo General	18
1.3.2. Objetivos Específicos	19
2. CAPÍTULO II - MARCO TEÓRICO.....	20
2.1. Violencia de Género	20
2.1.1. Definición de violencia de género	21
2.1.2. Tipos de violencia	22
2.1.2.1. Violencia física.....	22
2.1.2.2. Violencia psicológica	23
2.1.2.3. Violencia sexual.....	23
2.1.2.4. Violencia económica y patrimonial.....	24
2.1.2.5. Violencia simbólica	24
2.1.2.6. Violencia de género	25
2.1.3. Origen de la violencia de género	25
2.1.4. Ejercicio de la violencia de género.....	26
2.1.4.1. Tácticas de presión:.....	26
2.1.4.2. Falta de respeto:	26
2.1.4.3. Abuso de autoridad y confianza:	27
2.1.4.4. Incumplimiento de promesas:	28
2.1.4.5. Tiranía emocional:	28
2.1.4.6. Control económico:	29
2.1.4.7. Comportamiento destructivo de la personalidad:.....	29
2.1.4.8. Aislamiento:.....	29
2.1.4.9. Acoso:	30
2.1.4.10. Intimidación:	30
2.1.4.11. Destrucción:	31



2.1.4.12.	Violencia sexual:	31
2.1.4.13.	Violencia física:	32
2.1.5.	El ciclo de la violencia de género	32
2.1.5.1.	Fase de calma	32
2.1.5.2.	Fase de acumulación de tensión	32
2.1.5.3.	Fase de explosión	33
2.1.5.4.	Fase de luna de miel	33
2.1.6.	Estadísticas de la violencia de género en el Ecuador	33
2.2.	Actuación de la atención pre hospitalaria en la violencia de género	35
2.2.1.	Definición de atención pre hospitalaria	35
2.2.2.	Estadísticas de la atención pre hospitalaria en casos de violencia de género.	36
2.2.3.	Primeros auxilios psicológicos en violencia de género	36
2.3.	Protocolos y normativas de atención de violencia de género	37
2.3.1.1.	Marco legal	37
2.3.1.2.	Procedimientos de Atención integral en violencia de género	39
2.3.1.2.1.	Procedimientos de Atención integral en violencia de género	39
2.4.	Criterios de inclusión	42
2.5.	Procedimiento para la recolección de datos	43
2.6.	Proceso de validación del instrumento	44
2.7.	Procedimiento de análisis de la información	45
2.8.	Aspectos éticos	46
3.	CAPÍTULO IV - ANÁLISIS DE RESULTADOS	47
3.1.	Datos generales de la investigación.	47
3.2.	Modelos cognitivos frente a la violencia de género	47
3.2.1.	Experiencia de los profesionales de atención pre hospitalaria frente a la violencia de género.	48
3.2.2.	Conocimientos de los profesionales de atención pre hospitalaria frente a la violencia de género.	49
3.2.3.	Opinión de los profesionales de atención pre hospitalaria frente a la violencia de género.	51
3.2.4.	Creencias sobre quien es el responsable en la actuación e identificación en la VG.	53
3.2.5.	Opiniones de los profesionales	55
3.3.	Prácticas profesionales frente la violencia de género.	56
3.3.1.	Prácticas profesionales en casos de violencia de género.	56



3.3.2.	Prácticas frente a la atención de pacientes	57
3.3.3.	Experiencias adquiridas en la practica	59
3.3.4.	Espacio físico en la práctica	60
3.4.	Análisis estadístico de las atenciones de los profesionales de atención pre hospitalaria en emergencias de violencia de género periodo 2017 – 2018.....	60
3.4.1.	Atenciones de emergencias por violencia de género, por provincia en el periodo 2018 con corte febrero del 2019.	61
3.4.2.	Atenciones de emergencias por tipo de violencia de género en el 2018 – 2019	62
3.5.	Discusión	64
4.	CAPÍTULO V - CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	73
4.1.	Conclusiones	73
4.2.	Recomendaciones	76
5.	CAPÍTULO VI -PROPUESTA DE PROTOCOLO	78
5.1.	Propuesta de propuesta de protocolo de primeros auxilios psicológicos para los/las profesionales de atención pre hospitalaria en el abordaje inicial de las víctimas de violencia de género.....	78
5.2.	Propuesta de contenidos	80
5.3.	Metodología de validación.....	83
	Bibliografía	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Características de los participantes N=152	47
Tabla 2	Opiniones sobre violencia de género	52
Tabla 3	Opiniones profesionales.....	55
Tabla 4	Practicas frente a la atención de pacientes	57
Tabla 5	Actitudes profesionales.....	58
Tabla 6	Experiencia en la Práctica	59
Tabla 7	Espacio físico en la práctica.....	60
Tabla 8	Atenciones por Provincia.....	61
Tabla 9	Atenciones por tipo de violencia de género.....	62



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Experiencia. El diagrama de barras apilada muestra la frecuencia de respuesta de cada pregunta.....	48
Figura 2 Conocimientos. El diagrama de barras apilada muestra la frecuencia de respuesta de cada pregunta.	50
Figura 3 Opinión sobre frecuencia en la que se presentan los tipos de violencia. El diagrama de barras apilada muestra la frecuencia de respuesta den cada pregunta.	53
Figura 4 Personalización. El diagrama de barras muestra la frecuencia de respuesta de cada pregunta.....	53
Figura 5 Personalización. El diagrama de barras muestra la frecuencia de respuesta den cada pregunta.....	54
Figura 6 Prácticas. El diagrama de barras apilada muestra la frecuencia de respuesta de cada pregunta.....	57
Figura 7 Tipos de violencia en emergencias. La torta de porcentajes apilada la frecuencia de llamadas por tipo de violencia de género.....	63
Figura 8 El diagrama de barras evidencia la violencia en emergencias a nivel nacional por tipo de Violencia de Género.....	63

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario "Conocimientos, opiniones, barreras para la infra detección en personales sanitarios.	91
Anexo 2 Cuestionario "opiniones y creencias de los profesionales"	93
Anexo 3 Protocolo de validación de los Instrumentos	95
Anexo 4 Validación internacional del protocolo de primeros auxilio psicológicos en violencia de género.....	105
Anexo 5 Protocolo de primeros auxilios psicológicos en violencia de género	117



Cláusula de Propiedad Intelectual

Juan Diego Carpio Espinoza, autor del trabajo de titulación "Prácticas profesionales de atención pre hospitalaria, en el abordaje de la violencia de género, Quito 2018-2019" certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca 11 de julio de 2019

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Juan Diego Carpio Espinoza", written over a horizontal line.

Juan Diego Carpio Espinoza

C.I: 0104426978



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Juan Diego Carpio Espinoza en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Prácticas profesionales de atención pre hospitalaria, en el abordaje de la violencia de género, Quito 2018-2019", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 11 de julio de 2019



Juan Diego Carpio Espinoza

C.I: 0104426978



DEDICATORIA

Quiero dedicar esta investigación a mi completa y perfecta familia, quien ha puesto hombro con hombro el esfuerzo para poder concluir este trabajo en equipo, ya que un equipo solo funciona si cada uno de sus miembros aporta con un granito de arena para construir este sueño que hoy se hace realidad, a mi esposa Fernanda quien ha estado impulsando con su aliento cada decisión que tomo, a mi hermosa hija Nicole quien es la motivación diaria para seguir adelante, a mi reflejo Gabriel por ser el faro de luz que ilumina mi camino diariamente, al pequeño José David por regalarme su sonrisa todos los días desde su existencia y a Sofía, por llegar a brindarme cariño sincero desde el primer día que me conoció, todas estas personas tan especiales se merecen el crédito ya que su sacrificio también es parte del éxito que viene a continuación en esta historia de vida.



AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mis Padres José y Rosario, porque todo lo que se logra en la vida es producto de una base sólida y firme que te oriente a ser mejor cada día, amando lo que haces y haciendo lo que amas de tal forma que los actos realizados sean el eco de la grandeza.

Mi imperecedero agradecimiento al Esp. Rene Marcelo Abarca y Msg. Henry Cadena Povea, dos grandes amigos que la vida me puso en frente, definitivamente son los maestros que han confiado en los ideales que me he propuesto, ya que además de ser excelentes profesionales, han demostrado su calidad humana al orientarme, apoyarme y guiarme cuando más lo he necesitado, como solo lo puede hacer un buen amigo.



INTRODUCCIÓN

Para realizar un abordaje de las prácticas que tienen los profesionales de Atención Pre Hospitalaria en la primera intervención de la violencia de género, es necesario introducir un breve análisis de la re victimización que se puede generar en este primer espacio de atención a las víctimas; se conoce como doble victimización, re victimización, victimización secundaria al proceso mediante el cual se genera o provoca daño emocional o sufrimiento añadido por parte de instituciones, personas o profesionales que realizan la atención a las víctimas, incluido malos tratos o violencia de género, secuestros, abusos sexuales, maltrato, trata de personas, entre otros, al momento de atender o investigar el delito, estos pueden ser los/las profesionales que realizan el primer abordaje de la violencia de género en las emergencias son: médicos, paramédicos, jueces, policías o abogados, quienes en muchos casos realizan esta vulneración de derechos de forma inconsciente (Nieto, 2018, pág. 6).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que el 35% de la población femenina del mundo, ha sido víctima de algún tipo de violencia, ya sea física, psicológica y/o sexual (OMS, 2016). En el contexto ecuatoriano el INEC (2011), documentó estadísticamente que seis de cada diez mujeres han sufrido algún tipo de violencia de género; razón por la cual resulta prioritario que las personas que tienen el primero contacto mediante la Atención Pre Hospitalaria estén formadas adecuadamente para unir esfuerzos en una atención empática, asertiva y profesional.

La re victimización que sufren estas personas al momento de ser atendidas en emergencias puede llegar a ser uno de los factores de riesgo que provoca traumas psicológicos a



quienes han vivenciado este proceso de violencia, además que se concediera re victimización a todo sufrimiento que retorne la situación traumática en las víctimas y los testigos (Asociación para la Eliminación de la Prostitución, Pornografía, Turismo, Tráfico Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes - ECPAT/Guatemala., 2010, pág. 18), por otro lado el estado ecuatoriano resuelve que la re victimización “Son las nuevas agresiones, intencionadas o no, que sufre la víctima durante las diversas fases de atención y protección, así como durante el proceso judicial o extrajudicial, tales como: rechazo, indolencia, indiferencia, descalificación, minimización de hechos, retardo injustificado en los procesos, credibilidad, culpabilización, desprotección, negación y/o falta injustificada de atención efectiva, entre otras respuestas tardías, inadecuadas o inexistentes, por parte de instituciones estatales competentes” (Asamblea Nacional del Ecuador, 2018).

En el Ecuador existen una alta incidencia de violencia de género, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, realiza una investigación en el año 2011, cuyos resultados nos muestran que, en el Ecuador 6 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de violencia, 1 de cada 4 ha sido víctima de violencia sexual, el 53,9% del total de estas mujeres, han vivido violencia psicológica, el 38% violencia física (el 87,3% en sus relaciones de pareja). El 39.4% de las mujeres encuestadas en el país han sido víctimas de violencia de género frente al 60.6% que no han sido violentadas (INEC 2011, pág. 3.).

Según refiere el Ministerio de Salud Pública en el reglamento de aplicación para el proceso de licenciamiento en los establecimientos encargados de los servicios de Atención Pre Hospitalaria textualmente indica que las unidades móviles APH (ambulancias) son



“Establecimientos de salud que coordinan y gestionan la Atención Pre Hospitalaria de pacientes en situación de emergencia o urgencia en general” esto incluye las víctimas de abuso sexual o violencia física que son componentes claves de la violencia de género en el Ecuador (MSP, 2012).

Un estudio realizado a estudiantes universitarios de Ecuador, reveló que consideraban la violencia de género como un problema grave o muy grave, de los que el 55,2% eran mujeres, por el 44,8% hombres (Barreto 2017, pág. 2), este estudio demostró la prevalencia de la violencia como una emergencia de salud pública en el país.

La violencia basada en género es ejercida mayormente contra las mujeres según las estadísticas actuales de Ecuador en Cifras del INEC en el 2011, se puede dar en cualquier ciclo de vida, por lo tanto puede afectar a los niños, niñas y adolescentes, adultos y adultas mayores (MSP, 2011), lo que provoca que sea una de las estadísticas más altas, que han sido atendidas por las entidades de primera respuesta; la mortalidad general agregada en todos los grupos de edad y ciclos de vida, nos demuestra un incremento de las enfermedades provocadas por la violencia en todas sus formas; en el pasado, por los años 90 las principales causas de muerte en el Ecuador estuvieron relacionadas con las enfermedades netamente médicas, sin embargo en la actualidad hasta el periodo 2011 se empiezan a evidenciarse con mayor magnitud en enfermedades crónicas, accidentes y la violencia de género (INEC, 2011, pág. 9).

El Sistema Integrado de Seguridad ECU 911 institución encargada de dar la primera respuesta a incidentes relacionados con la violencia de género reportó en el año 2017, con base a la problemática social que atraviesa el país, y con respecto a eventos de violencia de género,



intrafamiliar, entre otras un análisis de la base de datos de la Dirección nacional de delitos contra la vida, muertes violentas, desapariciones, extorsión y secuestros (Dinased), dando como resultado 2.762 atenciones relacionadas con violencia de género que fueron atendidas por las instituciones de primera respuesta como emergencias (ECU 911, 2017, pág. 79.).

Bajo estos antecedentes, la importancia de realizar este estudio se enmarca en la aplicación de todas las políticas públicas en pro de una atención adecuada a las personas víctimas de violencia de género en cada uno de los espacios donde se inicie la atención a este grupo prioritario.

El personal de atención pre hospitalaria (ambulancias), en la mayoría de los casos son quienes tienen el primer contacto con las víctimas de violencia de género, puesto que la víctima o el victimario llama para recibir atención por heridas, contusiones, síndromes conversivos, alteraciones del estado de conciencia, entre otras, motivos por los cuales es necesario comprender las prácticas que tienen los profesionales de primera respuesta en emergencias al momento de atender a esta población vulnerable; el MSP considera que por su situación de vulnerabilidad, existen otros grupos de población que se encuentran en mayor riesgo de ser víctimas de violencia de género, entre ellos se encuentran los adultos y adultas mayores, las personas con discapacidad, personas privadas de su libertad, personas diferentes en orientaciones sexuales o de identidades de género, entre otros (MSP, 2017, pág. 60.), el ministerio de salud garantiza bajo las prioridades de salud el cuidado prioritario del sistema de atención pre hospitalaria a nivel nacional.



Identificar la práctica con qué atienden la violencia de género en primera instancia, será un determinante esencial para implementar flujogramas de procedimientos, que disminuyan estos daños producto de la revictimización; por otro lado aportará para generar a futuro políticas públicas que disminuyan la revictimización en la atención inicial de otras entidades de primera respuesta (policía, bomberos, médicos, etc.) con un enfoque de género, promoviendo la atención de calidad y calidez en la Atención Pre Hospitalaria al momento de sus intervenciones.

También se conocerá los procedimientos de actuación de los/las profesionales al momento de atender una emergencia de violencia de género, y cómo éstos solventan la problemática desde un enfoque de salud, tal como menciona la OMS "La salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad" (OMS, 2013), a tal punto que cumpla la normativa del Ministerio de Salud Pública.

Al tener en el Ecuador herramientas de suma importancia para generar procedimientos adecuados en la atención pre hospitalaria, esta investigación pretende cohesionar dichos elementos como son: la constitución ecuatoriana, ley orgánica integral para prevenir y erradicar la violencia de género contra las mujeres, el plan nacional de salud sexual y reproductiva 2017 - 2020, modelo de gestión de violencia de género del Ministerio de Salud y los lineamientos operativos: intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos en eventos potencialmente traumáticos, con el fin de que esta investigación finalice en una propuesta de protocolo de primeros auxilios psicológicos para la atención de violencia de género en emergencias.



1. CAPÍTULO I – ANTECEDENTES

1.1. Formulación del problema de investigación

En el Ecuador pese a toda la normativa vigente, leyes y normas no ha podido disminuir los índices de violencia de género; uno de los factores prioritarios para el sistema de salud es el evitar la re victimización de la persona violentada como establece el Ministerio de Salud Pública en sus procedimientos, según refiere la normativa “El o la responsable de la atención está obligado a cumplir con los procedimientos de atención de integral a víctimas de violencia de género especificada en esta norma” su literal c indica textualmente “Garantizar la no re victimización” (MSP, 2014, pág. 3).

La atención pre hospitalaria, no cuenta con procedimientos que garanticen dicha norma, las instituciones de primera respuesta muy comúnmente dan atención en repetidas ocasiones a las mismas víctimas de violencia de género, sin cumplir estos indicadores de prevención para las víctimas, sin embargo la re victimización en violencia de género se presenta hasta la actualidad en los contextos ecuatorianos en donde se han normalizado esta problemática a pesar del discurso del gobierno ecuatoriano.

No existe en los protocolos de atención pre hospitalaria un proceso de atención para los/las personas que tienen el primer contacto con las víctimas de violencia de género (MSP, 2011, págs. 2-3), lo que vulnera la concepción de salud integral que busca el estado ecuatoriano (MSP, 2018, pág. 53), por lo tanto investigar sobre que conocimiento y sus modelos de actuación permitirá a los miembro de los equipos de primera respuesta tomar medidas en función a una investigación en nuestro contexto social, y finalmente elaborar una propuesta de protocolo de Primero Auxilios Psicológicos en Violencia de Género para los/las profesionales de atención pre hospitalaria.



1.2. Preguntas de investigación

- ¿Qué prácticas tienen los/las profesionales de las instituciones de primera respuesta (ambulancias) frente a la violencia de género?
- ¿Qué tipo de actuación tienen los/las profesionales de las instituciones de primera respuesta (ambulancias) frente a la violencia de género?
- ¿Cómo abordan los/las profesionales de las instituciones de primera respuesta (ambulancias) la violencia de género al tener el primer contacto con la víctima?

Hipótesis nula

(H0) Las prácticas de los profesionales de atención pre hospitalaria en relación a la violencia de género son las más asertivas, puesto que conocen los procedimientos más adecuados para realizar la primera intervención.

Hipótesis alternativa

(H1) Las prácticas de los profesionales de atención pre hospitalaria en relación a la violencia de género no son las más asertivas, puesto que desconocen los procedimientos más adecuados para realizar la primera intervención.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Definir las prácticas que tienen los/las profesionales de primera respuesta del Ministerio de Salud Pública de la ciudad de Quito, frente a la violencia de género en emergencias.



1.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar las practicas actuales de los/las profesionales de primera respuesta (ambulancias) frente a la violencia de género en la ciudad de Quito.
- Identificar modelos de actuación de los/las profesionales de primera respuesta (ambulancias) frente a la violencia de género en la ciudad de Quito.
- Elaborar una propuesta de protocolo de Primeros Auxilios Psicológicos para los/las profesionales que hacen la primera intervención a víctimas de violencia de género.



2. CAPÍTULO II - MARCO TEÓRICO

2.1. Violencia de Género

La violencia de género es considerada como toda acción que involucre la dominación o sumisión a causa del ejercicio inadecuado del poder, en la que alguien que ejerce la acción del poder, aplica ya sea por fuerza física o psicológica para someter a alguien más débil, en el caso de la violencia contra las mujeres, la desigualdad de éstas con respecto a los hombres genera el origen de dicho problema (Junta de Andalucía, 2007, pág. 11), sin embargo es necesario considerar la violencia de género desde un punto de vista focal, Judith Butler (2006) expresa que existe un reglamento impuesto sobre la sociedad “parece sugerir la institucionalización del proceso mediante el cual se regulan las personas” cuando abarcamos el termino violencia de género también reconocemos un conjunto de leyes, reglas y políticas específicas que constituyen los instrumentos legales a través de los cuales las personas se regularizan, esto incluiría el termino violencia de género tomando como base inicial el ejercicio inadecuado del poder al violentar estas normas de convivencia social (Butler, 2006, pág. 67).

Los profesionales sanitarios deben conocer todo con respecto a la violencia de género, puesto que esta se visibiliza en todos los espacios de intervención, desde la atención pre hospitalaria hasta los centros de salud y hospitales quienes realizan el proceso de acogida y remisión a los peritos especializados; el Ministerio de Salud Publica en adelante MSP, refiere que “las violencias basadas en el género son, a menudo devastadoras y prolongadas, además afecta la salud física de las personas y la sociedad en general” (MSP, 2017, pág. 19), las manifestaciones son variadas y van desde el maltrato físico y psicológico, agresiones sexuales, acoso sexual y violación, existen nuevas manifestaciones como la publicidad sexista, uso y viralización de información en redes sociales, que también genera grandes efectos traumáticos



desencadenando crisis y estrés postraumático, hay que visualizar también la violencia de género desde un compoene de derechos humanos como un resultado de las luchas de las mujeres y hombres para contribuir a erradicarla, la Asamblea General de las Naciones Unidas incorporo el termino violencia basado en el género en 1998 como el ejercicio de la violencia que se evidencia en la asimetría que existente marcada en la aplicación del poder de varones hacia mujeres, perpetuando la subordinación (Aldana, 2011, pág. 1).

2.1.1. Definición de violencia de género

La definición más aceptada de violencia de género es la propuesta por la Organización de la Naciones Unidas (ONU) en 1995 “Todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”, por lo que la violencia como tal es la coacción física o psíquica ejercida sobre una persona para omitir su voluntad y obligarla a ejecutar un acto determinado, que puede ser ejecutada de diversas formas, entre ellas física, verbal, psicológica, sexual, social y económica (OMS, 2007, pág. 1).

Otros autores hablan de situaciones de vida en las cuales nos agrade o no el género es una categoría transversal en donde se infiltra todas las relaciones de nuestra sociedad; al mismo tiempo ejerce una enorme influencia tanto en el desarrollo individual de los seres humano, así como en las relaciones sociales, interpersonales, intrapersonales, porque cada una de ellas instituye los distintos contextos en los que tiene lugar su proceso de interacciones (Espinosa, 2000, pág. 3); la violencia de género es y continuara siendo definida como una de las más graves violaciones de derechos humanos en el mundo hasta que no exista un cambio de los imaginarios establecidos por las sociedades en donde prime la inequidad (Beretervide, 2003, págs. 1,2).



2.1.2. Tipos de violencia

La violencia en el Ecuador es un problema constante que se ve evidenciado en las estadísticas, según refiere el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de ahora en adelante INEC, 6 de cada 10 mujeres son víctimas de algún tipo de violencia en el país, esto afecta no solo a la persona, sino a la sociedad en general; en los últimos años la violencia en sus distintas expresiones está presente en todas las esferas sociales del ser humano.

La Organización Mundial de la Salud de ahora en adelante OMS, define a la violencia como el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo u otra persona, grupo o comunidad en quien se genera como consecuencia un trauma, daños psíquicos, problemas de desarrollo, e incluso puede llegar a la muerte

El Código Orgánico Integral Penal en adelante COIP, en su art. 155 establece que es un acto de violencia toda acción que desencadene un maltrato, físico, psicológico o sexual, el mismo que puede ser ejecutado por la misma familia en contra de la mujer u otro integrante del núcleo familiar.

2.1.2.1. Violencia física

Es considerado como el acto u omisión que produzca o pueda provocar la muerte, dolor, daño físico, sufrimiento físico, al igual que cualquier otra forma de maltrato, dolor, agresión que aqueje la integridad física, provocando lesiones internas, externas o la suma de las dos; esto como resultado y ejercicio de la fuerza física o de cualquier objeto que se utilice con la intencionalidad de causar daño. El uso de fuerza suele ser problematizada, no tanto para negarla, sino para considerar que la fuerza física genera relaciones de poder las mismas que estructuran y



naturalizan relaciones de violencia ejercida, en este contexto la violencia física puede ser abierta (visual) o escondida (no detectable a simple vista) (Martínez, 2002, págs. 7,11).

2.1.2.2. Violencia psicológica

Es considerado en la acciones, patrones comportamentales u omisión de conducta dirigido a causar dolor emocional, daños, afectación psíquica para disminuir la autoestima, menospreciar la dignidad personal, afectar la honra, degradar, perturbar, controlar la conducta, su comportamiento, manipular sus creencias, ejercer acciones en sus decisiones, humillar, intimidar, aislar, y finalmente realizar acciones que afecte la estabilidad psicológica y emocional (COIP, 2014, pág. 41).

La violencia psicológica puede incluir:

- Hostigamiento.
- Intimidación y chantaje.
- Conductas abusivas o de ejercicio del poder.
- Amenazas, el anuncio verbal o con actos que deriven en un daño físico, psicológico, sexual, laboral o patrimonial.
- Palabras, actos, gestos, escritos o mensajes electrónicos dirigidos a perseguir.

2.1.2.3. Violencia sexual

Son las acciones que impliquen la vulneración, restricción al derecho de la integridad sexual, así como la elección sobre su vida sexual y reproductiva por medio del ejercicio de amenazas, violencia sexual, abuso sexual, explotación sexual, utilización de la imagen de las niñas, niños y adolescentes en pornografía, además se encuentra dentro de este tipo de violencia,



el embarazo infantil, uso de la fuerza e intimidación, coerción, violación dentro del matrimonio u otras relaciones vinculares, relaciones de parentesco y consanguinidad, prostitución forzada, explotación sexual, acoso sexual y hostigamiento sexual y otras prácticas análogas, ejercicio de actividades sexuales con niñas, niñas y adolescentes (COIP, 2014, pág. 42).

Adicional es importante recalcar que por más que la sexualidad sea un elemento prioritario en la salud para prevenir la violencia sexual, es necesario entender que es un aprendizaje que se construye a través de normas, reglas y políticas que imponen las diferentes directrices y costumbres de cada tiempo y lugar habitado por el ser humano (Altamirano, 2011, pág. 15).

2.1.2.4. Violencia económica y patrimonial

Son las aplicaciones de acciones de omisión que se dirige a ocasionar un deterioro en los recursos patrimoniales y económicos, incluido lo referente a la sociedad conyugal, bienes de las uniones de hecho u cualquier redito económico que vincule a las partes; está constituida por acciones u omisiones que afectan la supervivencia de las víctimas, privándolas de los recursos económicos para la manutención del hogar y la familia, o de bienes patrimoniales esenciales que satisfacen las necesidades básicas para vivir, como la alimentación, ropa, vivienda y el acceso a la salud (Unidad de Igualdad y Género, 2017, pág. 2).

2.1.2.5. Violencia simbólica

Son las acciones que elaboran una producción o reproducción de patrones estereotipados, de carácter social que incluyen los mensajes, símbolos, signos, iconos, las imposiciones de género, el uso y abuso económico, culturales, político, de creencias religiosas o espirituales que fomentan acciones de reproducción de estigmas, naturalizando las relaciones de dominación,



desigualdad exclusión, discriminación, desencadenando entre las partes subordinación e inequidad; el poder de violencia simbólica logra imponer significados, disimulando las relaciones de fuerza en que se funda su propia fuerza, añade su fuerza propia, es decir, propiamente simbólica, a esas relaciones de fuerza generando inequidad de oportunidades entre hombres y mujeres (Peña, 2009, pág. 70).

2.1.2.6. Violencia de género

La Organización de las Naciones Unidas expresa que es todo acto de violencia hacia el sexo femenino, que genere como resultado inminente el daño físico, emocional o social basado en el sufrimiento, así como las amenazas de tales actos, privación arbitraria de la libertad, coacción, ejercida contra las mujeres en la vida pública así como en la vida privada.

La violencia de género va mucho más allá de una simple concepción, es necesario tomar en cuenta que al estar incluidos, hombres y mujeres, en el objeto que nos esforzamos en delimitar, hemos incorporado, esquemas inconscientes de percepción y de apreciación, las estructuras históricas del orden masculino, que dan pie a los imaginarios de superioridad entre el hombre y la mujer, con estas acciones corremos el riesgo de naturalizar las acciones de violencia como parte de la dominación masculina (Bourdieu, 2000, pág. 17).

2.1.3. Origen de la violencia de género

La violencia se ejerce a través de un acto explícito de dominación o sumisión ejercida por una que abusa y mal usa el poder con el objetivo de someter a alguien más débil, por medio del uso y abuso del poder, cuando existe violencia contra las mujeres, los factores predominantes que provocan esta inequidad son la desigualdad, roles de género y estereotipos.



El origen de esta naturalización se estructura en la sociedad por medio de las distintas funciones y roles atribuidos a uno y otro sexo desde el punto de vista biológico, en el caso del hombre se ejecuta y representa por la fuerza, virilidad y aplicación del poder, por el contrario, en el caso de las mujeres está enfocado en el ser considerada como cuidadora, débil o necesitada de protección (Ávila, Salgado, & Valladares., 2009, págs. 95,98).

2.1.4. Ejercicio de la violencia de género

Las formas de ejercer la violencia de género, se pueden evidenciar en muchas ocasiones en el discurso de las personas en situación de emergencia al momento de contar lo sucedido a los primeros intervinientes.

Algunas autores mencionan que las formas más comunes son:

2.1.4.1. Tácticas de presión:

La táctica de presión se puede evidenciar por medio de la intimidación como acto para ejercer el poder, la manipulación que muchas veces es ejercida por medio del chantaje con la estabilidad económica o física de los hijos e hijas y finalmente es amenazar con retener el ejercicio del poder económico u laboral, este tipo de tácticas están arraigadas en el violentado como parte de una naturalización inconsciente misógina, machista y de pareja, con un enfoque patriarcal en donde se ubica al hombre como un proveedor y a la mujer como la persona débil a la cual se le puede ejercer presión y ejercicio de la manipulación, desde el punto de vista psicológico se puede denotar la dinámica de ejercicio del poder en las víctimas por presión chantajista (Lavilla, Gaspar, & Jimeno., 2011, pág. 5).

2.1.4.2. Falta de respeto:



Los valores y principios de respeto son un criterio fundamental para manejar una relación de forma adecuada, cuando existe ejercicio de la violencia el violentador usa estrategias como interrumpir, ignorar y no escucha para hacer caso omiso de las necesidades de la víctima, no responde o utiliza actos manipulatorios por medio del uso de sus palabras, reprende por sus amistades y no da contacto con la familia, esta suma de conductas violenta los de la persona (Junta de Andalucía, 2019, pág. 14), estas acciones consideradas como falta de respeto hacia la mujeres, tienen un trasfondo correlacionado a la dominación masculina en donde la fuerza del orden masculino se descubre en el hecho de que se presenta cualquier justificación, que acepte una visión machista y androcéntrica, la misma que se impone con discursos capaces de legitimarla a tal punto de minimizar como exageraciones los actos de violencia como ignorar, interrumpir o no escuchar (Bourdieu, 2000, pág. 22).

2.1.4.3. Abuso de autoridad y confianza:

Una de las formas más comunes para ejercer el poder, abuso e invasión de la intimidad personal, el irrespeto a la correspondencia, la invasión en las conversaciones telefónicas, se le castiga menores y mayores violentados con el silencio entre otras acciones que demuestran el abuso por aplicación del poder ejercido por el violentador; para que exista el abuso de la autoridad, e irrespeto a la confianza existe una conducta violenta que presenta una condición en la cual existe un desequilibrio de poder, al mismo tiempo en el caso del abuso de confianza esté ejercicio aplicado del poder ejerce control de la privacidad del violentado, por medios como irrupción sin autorización en redes sociales, opresión, privación de la elección, anulación en la toma de decisiones, de tal manera que se genere una relación marcada de poder e inequidad (Escobal, Molas, & Solari., 2000, pág. 7).



2.1.4.4. Incumplimiento de promesas:

La falta de seriedad en las promesas hace que el ejercicio del poder se vea evidenciado en la falta de respeto en acuerdos, no hay un compromiso con las acciones de responsabilidad, es poca la colaboración en los aspectos familiares, generando que no colabore con el cuidado de los hijos e hijas, algunos autores afirma que la violencia se puede evidenciar desde un punto de vista conductual, en donde el violentador entiende es producto de una conducta aprendida, el agresor establece una relación de desequilibrio de poder acompañada de abusos que están enmarcados en la manipulación a las mujeres, creando falsas expectativas de cambio que pueden ser analizadas desde los ciclos de la violencia.

Cuando la mujer es maltratada, el agresor recurre a un chantaje emocional que está conformado básicamente de chantajes, manipulación, incumplimiento de promesas que son producto de un violentador con una baja autoestima y por eso busca una mujer sobre la que ejercer el control, sometiéndola al aislamiento y al mismo tiempo tratando de justificar la conducta violenta que es una máscara de una marcada vulnerabilidad (Ruiz, 2007, pág. 3).

2.1.4.5. Tiranía emocional:

La tiranía emocional es la ejecución de actos de crueldad que mediante la expresión de las emociones para no ofrecer apoyo y frialdad al no respeta tus sentimientos de la persona, se evidencia en la acción de desinterés, actos de frialdad emocional falta de interés y verbalizaciones que afecten la sique de la víctima, la sociedad está impregnada de una cultura machista en todos los ámbitos, la tiranía emocional se sustenta en discursos, comportamientos, representaciones y prácticas sociales que refuerzan una conducta machista hegemónicas que mantienen el discurso y contribuyen a construir un imaginario que potencia el patriarcado aceptando de manera indolente la violencia de género, se puede evidenciar en estereotipos y los



roles no igualitarios que afirman debilidad o superioridad con el uso de la emociones, enmarcadas en roles de género que irrespetan los sentimientos y estados emocionales tanto de la persona violentada así como del violentador (Castelló & Gimeno, 2017, pág. 9)

2.1.4.6. Control económico:

El control económico es la herramienta que permite que el violentador domine a la persona violentada, complementada con la prohibición de a trabajar para impedir el acceso al dinero, la violencia económica es una forma de ejercer el poder, en donde el agresor de una manera muy sutil e imperceptible ejecuta un acto de violencia, la agresión va aumentando hasta tornarse insostenible, la misma que va precedida o acompañada de la violencia física o psicológica (Córdova, 2017, pág. 3).

2.1.4.7. Comportamiento destructivo de la personalidad:

El comportamiento destructivo del violentador, se apega a su autodestrucción con elementos como el alcohol o las drogas, adicional como acto de manipulación amenaza con el suicidio para mantener a la persona violentada apegada a sus actos violentos, estos comportamientos pueden ser visualizadas como parte del maltrato psicológico ya que funciona como un mecanismo de defensa del violentador para manipular a la víctima, los actos chantajistas se enfocan en acciones autodestructivas para atajar, culpabilizar y modificar las decisiones de abandono (Bucay, 2018, pág. 1).

2.1.4.8. Aislamiento:

El violentador trata de evitar que los actos violentos sean puestos en evidencia, es por ello que evita o dificulta que la persona violentada pueda verse con amistades o familiares, controla las vías de comunicación como llamadas telefónicas, uso del celular y aplicación de palabra de



control como a dónde puedes y dónde no puedes ir y con quien sí o no, el ejercicio inadecuado del poder es una lucha incasable por la equidad omitiendo factores como el aislamiento social, Rauber en el 2003 señala que el estudio de género no es ni de mujeres ni para mujeres, incumbe a hombres y mujeres y, por tanto, a la comunidad en su conjunto como un medio real de evitar abusos como el aislamiento promoviendo una sociedad de derechos que sea participe de un mundo igualitario (Rauber, 2003, pág. 9).

2.1.4.9. Acoso:

El acoso se puede evidenciar de diferentes formas las más comunes son el control por llamadas constantemente vía teléfono o por mensajes de texto, con el objetivo patológico de controlar a la víctima, algunos autores refieren que existen cuatro factores del acoso, esta es una perspectiva teórica, propuesta por O'hare (1998) como se cita en Finkelhor (2008), dichos autores definen que para que ocurra el acoso deben confluir cuatro condiciones fundamentales, de tal manera que la persona acosadora en primer lugar debe tener una motivación para acosar a alguien; su proceder debe estar impulsado por una necesidad insatisfecha de control, poder o atracción sexual, también es preciso que haya superado cualquier inhibición externa o interna que le impidan acosar, finalmente tiene que superar las resistencias que le ofrece la persona acosada, lo que se interpreta como ejercicio del poder por parte del acosador (Illescas, 2018, pág. 22).

2.1.4.10. Intimidación:

La intimidación permite el ejercicio del poder, este acto se realiza por medio de gestos de enfado y facies amenazantes, el acercamiento físico para intimidar a la víctima, la ostentación de fuerza física mediante golpes o al romper objetos materiales y finalmente la aplicación de gritos



conductas temeraria o de riesgo en la conducción de vehículos o amenazas de muerte a familiares y amigos, los violentadores se adjudican una figura de “autoridad” con la que justifican el ejercicio de la fuerza como mecanismo de intimidación, esta supuesta legitimidad se encuentra en los prejuicios sexistas latentes en la sociedad, estos prejuicios habilitan a los agresores a ejercitar la intimidación como “derecho de corrección” mediante el uso de la violencia (Torres & Fernández., 2010, pág. 33).

2.1.4.11. Destrucción:

Uno de los actos de violencia más explícita para la dominación es la destrucción de posesiones, rotura de objetos como parte de la acumulación de tensión que tiene al no controlar sus emociones, estos actos son usados para manipular y generar temor en la persona violentada, dentro de las etapas de la violencia, se menciona como el aumento de la tensión en el violentador en el paso desde la acumulación hasta la liberación emocional pueden existir conductas como la destrucción que son consideradas los inicios a agresiones físicas a las mujeres (Walker, 1979, pág. 22).

2.1.4.12. Violencia sexual:

En el caso de la violencia sexual, el violentador aplica tratos en los cual denigra a la otra persona realiza actos de coacción para mantener relaciones sexuales contra tu voluntad y sin respetar su espacio, elección y decisión personal, la violencia de tipo sexual se presenta de múltiples formas es ejercida particularmente por hombres, los autores la consideran como resultado de un supuesto impulso sexual masculino, esta interpretación resulta errónea y nociva, ya que justifica la violencia como si fuera normal en el sexo masculino, minimizando la responsabilidad de quien la ejerce y del entorno social que la permite; reafirma estereotipos negativos de los hombres e



invisibilidad la necesidad de trabajar en aspectos culturales y sociales que la originan (OPS, 2013, pág. 1).

2.1.4.13. Violencia física:

La forma más agresiva que emite el violentador son las acciones de violencia física en donde realiza agresiones como golpes, alar del pelo, abofetear, agarrar y arrancar vestimenta, morder, patear, ejecutar violencia física hasta el punto de la fractura ósea, torcer o jaloneara brazos, empujar, estrangulamiento, en el caso del embarazo provocar aborto y en las formas más violentas uso de armas, quemar de cualquier forma y en el peor de los acasos el femicidio,

2.1.5. El ciclo de la violencia de género

Lenore E. Walker (1979) estableció el ciclo de la violencia, en cuatro fases que son ejercidas por el violentador, en el caso de las emergencias las victimas suelen pedir ayuda en la fase la explosión donde son agredidas lo que genera la llamada de emergencia que es atendida por el primer interviniente.

2.1.5.1. Fase de calma

Esta fase del ciclo de la violencia, corresponde a una etapa calmada, sin discusiones entre la pareja, si la víctima ha vivido ya el ciclo completo, con múltiples situaciones de emergencia, puede tener la sensación de que esta fase existe, porque según el agresor todo está bien y no hay agresión física aún (como se cita en González, 2017, págs. 1-5).

2.1.5.2. Fase de acumulación de tensión



En esta fase, la tensión entre las partes va en aumento, existiendo diferencias entre ellas, es importante saber que aquí, el agresor comienza a ejercer un maltrato psicológico por medio de insulto entre otras formas de violencia.

El agresor quiere controlar a la víctima, es habitual que, en esta etapa, la víctima intente complacer al agresor, para que la tensión entre ellos no vaya en aumento en donde el temor es parte de esta etapa.

La tensión, se manifiesta mediante diversas conductas como: menosprecios, insinuaciones, ira, sarcasmo, largos silencios, se puede evidenciar también agresiones físicas (como se cita en González, 2017, págs. 1-5).

2.1.5.3. Fase de explosión

En esta fase del ciclo de la violencia, el agresor descarga toda la tensión de la fase anterior, la falta de descargas emocionales adecuadas se evidencia porque en ella, se producen las agresiones físicas, psicológicas y/o sexuales (como se cita en González, 2017, págs. 1-5).

2.1.5.4. Fase de luna de miel

En esta última fase, el agresor muestra arrepentimiento por lo sucedido e inicia conductas compensatorias, para demostrar a la víctima que siente lo ocurrido y que no volverá a pasar nunca; parte de lo que se puede ver en la emergencia es un agresor calmado puesto que ya ha liberado inadecuadamente sus emociones (Como se cita en González, 2017, págs. 1-5).

2.1.6. Estadísticas de la violencia de género en el Ecuador



En Ecuador 6 de cada 10 mujeres han vivido algún tipo de violencia de género el 60.6% lo que representa que más de la mitad de la población femenina del país han sido víctimas de esta problemática (INEC, 2011, pág. 8).

La violencia puede ser ejercida de múltiples formas, sin embargo, la más evidente es la violencia psicológica como recurso más recurrente de violencia de género con un porcentaje de 53,9% (INEC, 2011, pág. 10).

Las Mujeres que han vivido violencia de género en sus relaciones de pareja ex pareja y por otras personas equivalen al 87,3% evidenciado en la violencia física, es importante recalcar que la violencia de género sobrepasa el 50% en todas las provincias del país (INEC, 2011, pág. 11).

En Ecuador 9 de cada 10 mujeres divorciadas han vivido algún tipo de violencia de género, por su cónyuge, Del total de mujeres que han vivido algún tipo de violencia de género el 76% ha sido violentada por su pareja o ex parejas, el 43,4% de mujeres ha vivido violencia psicológica en sus relaciones de pareja (INEC, 2011, pág. 21).

En Ecuador 8 de cada 10 mujeres divorciadas han vivido algún tipo de violencia de género, un dato relevante es que el 71% de las mujeres, donde su ex pareja tuvo hijos de sus otras relaciones, ha vivido violencia, las mujeres que se han casado o unido por primera vez entre los 16 a 20 años son las que mayor violencia han vivido con el 70,5%, del total de mujeres que tomaron la decisión de separarse el 76,4% vivió violencia en su última relación (INEC, 2011, pág. 35).

Del total de mujeres que han sufrido violencia de género, el 54,9% no piensa o no quiere separarse de su pareja, el 88,2% de las mujeres que han sufrido violencia no piensa separarse de



su pareja, el 52,5% de las mujeres que ha sufrido violencia no se separa pues considera que una pareja debe superar las dificultades y mantenerse unida (INEC, 2011, pág. 42).

2.2. Actuación de la atención pre hospitalaria en la violencia de género

2.2.1. Definición de atención pre hospitalaria

Según refiere el modelo de gestión, organización y funcionamiento de Salud Móvil del Ministerio de Salud Pública, atención pre hospitalario es el servicio operacional y de coordinación para los problemas médicos urgentes y que comprende todos los servicios de salvamento, atención médica y transporte que se presta a enfermos o accidentados fuera del hospital. La atención pre-hospitalaria debe constituirse en un sistema integrado de servicios médicos de urgencias y no entenderse como un simple servicio de traslado de pacientes en ambulancias, atendidos con preparación mínima (MSP, 2016, pág. 23).

Bajo este antecedente mencionado por el MSP la atención a las víctimas de violencia de género es prioritario, puesto que amerita una atención profesionalizada en el lugar del incidente, que cuente con herramientas como primeros auxilios psicológicos, asertividad y formación adecuada en la cadena de custodia, entre otros temas que deben ser manejados previo al transporte a la casa asistencial, poniendo en manifestando la importancia de las prácticas profesionales en víctimas de violencia.

Dentro de la atención pre hospitalario es importante tomar en cuenta que eventos de origen psicológico como la violencia, desencadenan emergencias médicas por somatización, es el caso de violencia intrafamiliar y violaciones, mismas que al tener un trasfondo psíquico deben ser atendidos en una casa asistencial con sala de primer acogida (Rodriguez & Carpio., 2014, pág. 130).



2.2.2. Estadísticas de la atención pre hospitalaria en casos de violencia de género.

El Sistema Integrado de Seguridad ECU 911 en adelante SIS ECU 911, informo en el 2017 con respecto a eventos de violencia de género, intrafamiliar, entre otras, que se pudo identificó que en el 19% de los feminicidios, los alertantes hicieron uso de la línea única para emergencias, esta atención es brindada por los primeros respondientes (Ambulancias y Policía Nacional), entidades que realizan la primera intervención a las víctimas (ECU 911, 2017, pág. 102).

Con fecha corte del 2018, las estadísticas son alarmantes con referencia a la atención de la violencia de género como emergencias de salud, un total de 53 femicidios se han dado en Ecuador y ha existido más de 30.000 llamadas al Sistema Integrado de Seguridad ECU 911 solicitando auxilio por temas de violencia psicológica y sexual, estos datos son considerados de importancia y determina la necesidad de insumos, conocimientos y entrenamiento sobre VG en los profesionales de atención pre hospitalaria al actuar como primeros respondientes (Castro, 2018, pág. 1).

En la actualidad reportes del ECU 911 indican que se recibe un promedio de 14 llamadas cada hora por agresión a mujeres e integrantes de la familia; en lo que va de marzo de este 2019 hay alrededor de 2 500 alertas de emergencia por violencia de género que han ingresado a este sistema de emergencia (Ortiz, 2019, pág. 1).

2.2.3. Primeros auxilios psicológicos en violencia de género

Los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) o Primeros Auxilio Emocionales (PAE) son los encargados de reducir a corto plazo la angustia inicial producida por un acto de violencia de género.



Tienen como fin evitar que se desarrolle, la re victimización o victimización secundaria, están dirigidos a todos los personales de primera respuesta que puedan intervenir de cualquier forma ante un caso de VG, mejorar la seguridad emocional inmediata de la víctima, prestar alivio físico y reducir la angustia inicial (Garrido, 2011, pág. 51).

2.3. Protocolos y normativas de atención de violencia de género

Los protocolos y las normativas que se usan en la actualidad están enmarcadas en la norma técnica para la erradicación de la violencia de género en el país, basados en la constitución y respetando los derechos humanos.

2.3.1.1. Marco legal

El Ecuador en ejercicio de su soberanía, ha suscrito varios tratados internacionales, que tienen como fin erradicar la violencia de género en todas sus expresiones, y con los que el Estado guarda absoluta concordancia el momento de elaborar leyes y normas a favor de precautelar estos derechos. Además, la Ley Orgánica de Salud (Congreso Nacional del Estado Ecuatoriano, 2006) determina que el Ministerio de Salud tiene como responsabilidad la prevención y atención a las víctimas de violencia en todas sus formas, con énfasis en los grupos vulnerables (Art. 6).

La ley Orgánica de Salud en adelante LOS, establece en el Art. 31 que el Estado reconoce a la violencia como problema de salud pública. Es responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, de los servicios de salud, organismos seccionales, otros organismos competentes y de la sociedad en su conjunto, contribuir a la disminución de todos los tipos de violencia, incluidos los de género, intrafamiliar, sexual y su impacto sobre la salud. 1 En el Art. 32 estipula que todos los casos de violencia de género, violencia intrafamiliar, violencia sexual y cada una de sus



consecuencias, deberá recibir atención de salud integral al igual que sus familiares y cualquier otra personas afectadas (Como se cita en MSP, 2014, pág. 10).

Por otro lado, el Código Orgánico Integral Penal dispone que el MSP realice las siguientes actividades: Art 450.- Informes o exámenes de las entidades públicas y privadas.- En el caso de localidades donde no se dispone de personal del Sistema especializado integral de la investigación, de medicina legal y ciencias forenses, con el fin de asegurar los vestigios, objetos e instrumentos, podrán intervenir, a solicitud de la o el fiscal, profesionales de centros de salud, clínicas u hospitales públicos acreditados por el Consejo de la Judicatura. En caso de no existir unidades de salud pública se podrá recurrir al sector privado acreditado por el Consejo de la Judicatura (Como se cita en MSP, 2014, pág. 10).

Esta norma tiene concordancia con los Decretos Ejecutivos: Decreto Ejecutivo No. 179 de 13 de junio de 2005, que garantiza los Derechos Humanos de los Niñas, Niños y Adolescentes; Decreto Ejecutivo No. 620 del 10 de septiembre del 2007 que declara como política de Estado la erradicación de la violencia de género en todos los estados evolutivos del ser humano desde la niñez hasta la vida adulta; y Decreto Ejecutivo No. 1109 que incluye al Ministerio de Justicia en el Plan de erradicación de la violencia hacia la niñez, adolescencia y mujeres (Como se cita en MSP, 2014, pág. 10).

Los siguientes Acuerdos Ministeriales sustentan la presente norma: Acuerdo Ministerial del MSP sobre VIF. 1998; y el Acuerdo Ministerial N° 3393 reformativo al 4708 (Registro Oficial 431 del 29 de septiembre del 2004) para elaborar e implementar una política de prevención de los delitos sexuales en el espacio educativo (Como se cita en MSP, 2014, pág. 10).



2.3.1.2. Procedimientos de Atención integral en violencia de género

Se detallan los procedimientos específicos de atención integral en violencia de género el procedimiento de ingreso al Sistema de Salud, “es necesario evidenciar que todo el personal que trabaje en un establecimiento de salud debe priorizar la vida y la salud del paciente” para garantizar el servicio oportuno de la salud (MSP, 2014, pág. 27).

2.3.1.2.1. Procedimientos de Atención integral en violencia de género

Estas medidas establecidas por el Ministerio de Sañuda Pública son respuesta a la necesidad de contar con normativas que se sustentan en la repetida incidencia de la violencia de género en la integridad de las personas.

La Encuesta de Relaciones Familiares y Violencia contra la Mujer elaborada en el 2011 por el Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC, en colaboración con la Comisión de Transición hacia el Consejo de las Mujeres y la Igualdad de Género y el Ministerio del Interior nos muestra que en Ecuador, 6 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de violencia de género y 1 de cada 4 ha sido víctima de violencia sexual. El 53,9% del total de estas mujeres, han vivido violencia psicológica, el 30% violencia física (el 87,3% en sus relaciones de pareja), y el 35,3% violencia patrimonial, bajo estas consideraciones se ejecutan el procedimiento expreso a continuación (MSP, 2014, pág. 9).

Paso 1:

“Demanda de atención en salud por consulta externa o emergencia. Cuando la demanda de atención en salud por consulta externa no es específica de violencia, el personal de recepción debe direccionar al paciente a la atención solicitada, donde se continúa con el



paso 3 de tamizaje rutinario si el paciente está estable, pero si llega inestable debe continuarse con el paso 4” (MSP, 2014, pág. 28).

Paso 2:

“Demanda manifiesta de atención en violencia de género o referencia del sistema judicial. El personal administrativo receptorá los casos que asistan derivados del Sistema Judicial o de la Policía Nacional por Violencia de Género, y los casos en que la persona solicita atención específica por Violencia de Género. El recibimiento debe ser respetuoso, sin hacer más preguntas innecesarias, debe evitarse la re-victimización y los juicios de valor. En caso de que exista riesgo vital, continúe con el paso 4. Cuando la demanda de atención en violencia es manifiesta, o cuando las personas son referidas desde el sistema judicial, siempre y cuando no exista riesgo vital, el tamizaje rutinario ya no es necesario por lo que debe pasar al paso 5” (MSP, 2014, pág. 28).

Paso 3:

“Tamizaje Rutinario. La enfermera/o realizará el tamizaje rutinario en violencia de género en todas las personas que ingresan al sistema de salud, siguiendo el procedimiento de tamizaje descrito en el subproceso 1. De ser un caso de violencia, continúa con el paso 5. De no ser un caso, continúa con el paso 6” (MSP, 2014, pág. 28).

Paso 4:

“Emergencia o riesgo vital. En todos los casos de riesgo vital deberá priorizarse la atención en salud, por lo que él o la médica responsable debe seguir los protocolos establecidos de acuerdo al caso” (MSP, 2014, pág. 28).

Paso 5:



“Direccionamiento. Una vez que se ha confirmado un caso de violencia de género, el o la médica responsable, la enfermera/o o el personal administrativo debe direccionar inmediatamente a la persona a las Salas de Primera Acogida o emergencias que cuenten con un médico/ha acreditado. Si el establecimiento de salud no cuenta con dichas salas, el o la médica responsable de la atención seguirá el procedimiento de atención específico según el tipo de violencia y ciclo de vida correspondiente al caso” (MSP, 2014, pág. 28).

Paso 6:

“Continuar con la atención solicitada. En función de la demanda inicial, y de no detectarse violencia de género, se continúa con la atención en salud inicialmente demandada” (MSP, 2014, pág. 29).



CAPÍTULO III – METODOLOGÍA

Se realizó un estudio con un diseño cuantitativo, de alcance analítico y descriptivo. La fase analítica se complementará con las estadísticas brindadas por la Dirección Nacional de Atención Pre Hospitalaria y Unidades Móviles del Ministerio de Salud Pública, con el fin de ejecutar su análisis e interpretación que contraste los datos obtenidos en la actual investigación; la investigación fue de corte transversal, se desarrolló durante los meses diciembre del 2018 - febrero 2019, en las instalaciones del SIS ECU 911 a los paramédicos, médicos y conductores de las ambulancias del Ministerio de Salud Pública de la Zona 9, que incluyó las 16 unidades móviles de Atención Pre Hospitalaria ubicados en los territorios urbanos y rurales de la ciudad de Quito.

Se trabajó con una muestra de 152 participantes, de ellos 92 fueron hombres, 57 mujeres y 3 que no respondieron datos de sexo, de entre 18 y 60 años de edad, que sean parte del equipo multidisciplinario de las Ambulancias o de los Centros Reguladores de Emergencias del Ministerio de Salud Pública del Ecu 911 de Pichincha.

2.4. Criterios de inclusión

- Paramédicos/as de las Ambulancias de Zona 9
- Conductores de las Ambulancias de Zona 9
- Paramédicos del Centro Regulador de Emergencias del MSP
- Médicos del Centro Regulador de Emergencias del MSP
- Se incluyó, además, a los médicos coordinadores de consola del Centro Regulador de Emergencias del MSP, por la importancia que tenía conocer su percepción sobre las practicas que ejecutan frente a la Violencia de Género en emergencias.
-



2.5. Procedimiento para la recolección de datos

Para recolectar los datos necesarios para el análisis e interpretación de las prácticas profesionales del personal de Atención Pre Hospitalaria en casos de violencia de género, se empleó dos herramientas que se complementen en la investigación; la primera, es el cuestionario “Conocimientos, Opiniones y Barreras para la Infra Detección en Profesionales Sanitarios” de R. Siendones Castillo, E. Perea-Milla López, J. L. Arjona Huertas, C. Agüera Urbano, A. Rubio Gallo, M. Molina, este cuestionario se seleccionó por su aplicación en personal sanitario de emergencia de hospitales, que es una población muy similar a la establecida en el presente estudio, los autores españoles del cuestionario expresan que “a pesar de las mejoras de coordinación entre los servicios de salud, más del 70% de los casos de Violencia Doméstica (VD) siguen siendo invisibles a ojos de los sanitarios. Pretendemos conocer el grado de formación que sobre el tema tienen los profesionales sanitarios” al igual que en España, es necesario en nuestro sistema nacional de salud ecuatoriano, detectemos las barreras de actitud, barreras organizativas de los servicios y analizar opiniones con el fin de establecer soluciones por el bienestar de las victimas (Castillo, y otros, 2002, pág. 224).

El segundo cuestionario titulado “Opiniones y Creencias de los Profesionales” de Natalia Díaz Vigón, Lidia Fernández Gutiérrez, Rosa Isabel Fernández Raigada, Juan Rubio Domínguez, María Isabel Santos Granda, los dos instrumentos diseñado y validados para la aplicación en personal de primera respuesta en emergencias de Salud, se escogió esta segunda herramienta como un complemento al cuestionario anterior, puesto que contenía interrogantes adaptadas de PREMIS Questionnaire To Primary Health Care Nurses, que permite evaluar la percepción de los profesionales de Atención Primaria (Enfermeras), sobre sus conocimientos y barreras en la actuación ante casos de violencia de género (Díaz, y otros, 2017, pág. 35).



No existen antecedentes de haber sido utilizado estas herramientas en el país, es por ello que para su empleo y aplicación en el presente estudio, las herramientas fueron sometidas a un proceso de validación por expertos.

El Cuestionario “Conocimientos, Opiniones y Barreras para la Infra Detección en Profesionales Sanitarios” cuenta con 24 ítems que describen los conocimientos, que opinan y que barreras perciben para la atención y aplicación de protocolos de Violencia de Género en emergencias hospitalarias, las categorías de respuesta en este cuestionario son: experiencia, opinión, creencias como indicadores de prácticas habituales que tienen cuando se enfrentan a un incidente de VG.

El Cuestionario “Opiniones y Creencias de los Profesionales” cuenta con 17 ítems que complementan las opinan y creencias al momento de atender emergencias hospitalarias, las categorías de respuesta en este cuestionario son: opinión y creencias como indicadores de prácticas habituales que tienen cuando se enfrentan a VG.

La información obtenida de los cuestionarios adaptados se mecaniza en formato Excel exportándose posteriormente al programa SPSS para su análisis estadístico. Se realiza análisis descriptivo uni y bivalente mediante medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión, con estimaciones por intervalos de confianza al 95% mediante el programa

2.6. Proceso de validación del instrumento

En un primer momento se realizó una validación de contenido de las dos herramientas mencionadas, mediante el criterio de juicio por expertos; para ello se seleccionaron los siguientes profesionales con experticia por más de cinco años en las siguientes áreas del conocimiento:



- 1 Magíster en Psicoterapia Integrativa (Anexo 3)
- 1 Magister en Educación Sexual (Anexo 3)
- 1 Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local (Anexo 3)
- Aprobación y validación de la Tutora de diseño de tesis Magister en Educación, Género e Igualdad (Anexo 3)

Dichos profesionales en el desarrollo de su rol de expertos, realizaron formulaciones, sugerencias y adaptaciones de algunos términos contenidos en el instrumento original, los mismo que consolidaron en una matriz final con referencia Stracuzzi y Martins (2003) y Pineda de Hernández, Saramay (2006).

Posteriormente, con la versión final del instrumento, se realizó una prueba piloto con la participación de paramédicos y estudiantes de paramedicina de la Ciudad de Cuenca, este ejercicio permitió corroborar si las adaptaciones efectuadas al Cuestionario eran entendibles y claras.

2.7. Procedimiento de análisis de la información

El procedimiento para el análisis de datos se realizó a través del paquete estadístico SPSS, Para dar cumplimiento al primer objetivo específico que indica “Determinar las practicas actuales de los/las profesionales de primera respuesta (ambulancias) frente a la violencia de género en la ciudad de Quito” por lo que se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas, según el cálculo de frecuencias absolutas y relativas en cada grupo de sujetos participantes (paramédicos, médicos, conductores) de cada unidad.



Posteriormente, se realizó un cálculo de frecuencias de las respuestas dadas a cada ítem del instrumento, lo que permitió delimitar a cuál de las 4 posibles categorías, los participantes en el estudio.

Para dar cumplimiento al segundo objetivo que indica “Identificar modelos de actuación de los/las profesionales de primera respuesta (ambulancias) frente a la violencia de género en la ciudad de Quito” se realizó un estudio analítico y descriptivo de los resultados del instrumento, en función de las prácticas y opiniones emitidas, se solicitó a la Dirección Nacional de Atención Pre Hospitalaria y Unidades Móviles del Ministerio de Salud Pública las estadísticas de atenciones de emergencia en Violencia de Género por hacer un cruce estadístico y un análisis detallado a nivel nacional en relación a la zona de estudio y a las estadísticas de violencia del INEC las mismas que no se registran como emergencia.

Se empleó un valor de 0.05 para medir el nivel de significación, lo que representa un 95 % de confianza en la prueba de hipótesis.

2.8. Aspectos éticos

- Se contó con la autorización de Planta Central del Ministerio de Salud Pública, como instancia rectora de las ambulancias de la Zona 9.
- Se realizó el acercamiento con las y los participantes en el estudio por medio de 6 talleres dirigidos a grupos en la mañana y la tarde, para explicar los objetivos del mismo y solicitar colaboración.
- Se contó con el consentimiento informado de cada participante para formar parte de la investigación.



3. CAPÍTULO IV - ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1. Datos generales de la investigación.

El estudio fue realizado con 152 profesionales de primera respuesta del Ministerio de Salud Pública de la ciudad de Quito, fueron 92 hombres (60.5%) y 57 mujeres (37.5%) 3 no responden, todos de entre 18 y 60 años; en su mayoría paramédicos (60.4%) y la tercera parte conductores. (32.6%), además se trabajó con médicos (3.5%) y personal de ambulancia (3.5%). 8 personas prefirieron no constar sobre su sexo y puesto de trabajo.

Nótese que existe una mayor concentración de personal de sexo masculino, el mismo que supera a con más de la mitad al sexo femenino, el sexo femenino equivale a un porcentaje de 37.5%; solo una mínima parte de la población investigada con 3.5% decidió no responder al sexo biológico; por otra parte se pudo evidenciar que los profesionales investigados son en mayor cantidad varones en la conducción y mujeres en la profesión de paramédico, lo que puede estar asociado a roles de género.

Tabla 1. *Características de los participantes N=152*

Características		n	%
Sexo	Hombre	92	60,5
	Mujer	57	37,5
	No contesta	8	5,3
	Médico/a	5	3,5
Puesto profesional	Paramédico/a	87	60,4
	Conductor/a	47	32,6
	Ambulancia	5	3,5
	N/C	8	5,3

3.2. Modelos cognitivos frente a la violencia de género

Con el fin de dar cumplimiento al objetivo específico “Identificar modelos de actuación de los/las profesionales de primera respuesta (ambulancias) frente a la violencia de género en la

ciudad de Quito” se presentan datos relevantes de los modelos cognitivos de los profesionales basados en los conocimientos, opiniones y creencias del personal frente la violencia de género en emergencias.

3.2.1. Experiencia de los profesionales de atención pre hospitalaria frente a la violencia de género.

La investigación inició con una sección de experiencia, la que permitirá contextualizar el estudio; la mitad de los profesionales afirmó conocer algún caso de violencia y casi la cuarta parte (22.8%) mencionó que hay problemas organizativos o estructurales que impiden diagnosticar casos de violencia; existe una elevada concentración de datos en los profesionales que consideran que existen problemas organizativos, el 77.2% representa más de la mitad de los investigados que afirman esta dificultad; esto puede interpretarse, desde la observación, ya que los profesionales han identificado las rutas y protocolos como un problema organizativo, a más de ello se pudo evidenciar la limitación existente para la recepción de estos pacientes víctimas de la violencia en la ronda de preguntas que se ejecutaron posterior a la ejecución de los cuestionarios,

ver

Figura

1.

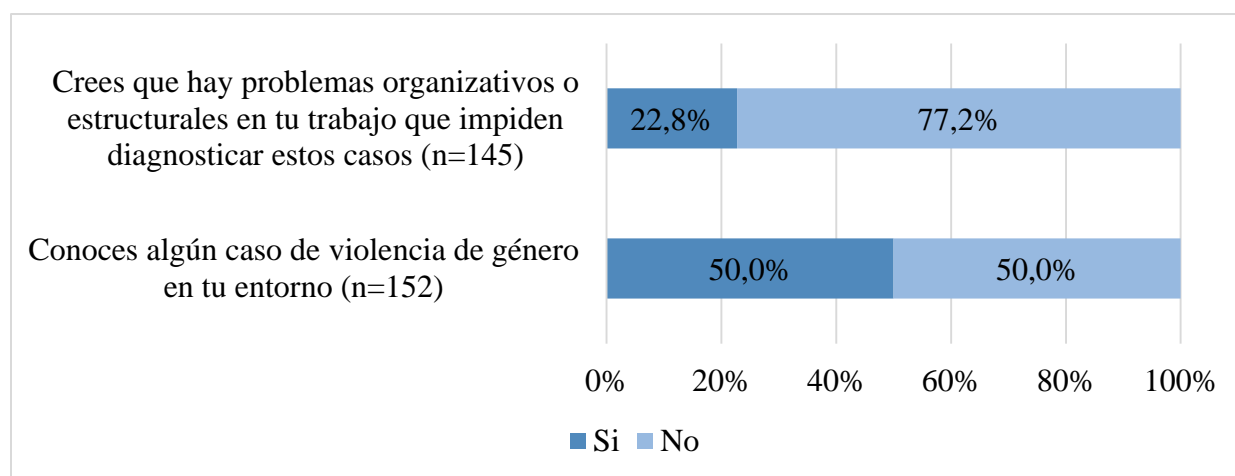


Figura 1 Experiencia. El diagrama de barras apilada muestra la frecuencia de respuesta de cada pregunta.



3.2.2. Conocimientos de los profesionales de atención pre hospitalaria frente a la violencia de género.

La figura 2 refleja que el 91% desconocía el fenómeno “ICEBERG” en la violencia de género, esto se puede notar a partir de la observación, ya que existieron conductas como micro machismos, chistes sexistas, minimización del rol femenino en la atención, entre otras conductas que afirman que se desconoce este fenómeno incluso en sus piraticas como compañeros de labores, dando prioridad solo a la violencia física y el abuso sexual como una emergencia; más del 60% desconocía las obligaciones legales de los sanitarios a la mera sospecha de violencia; además las tres cuartas partes conocían las repercusiones legales que se pueden derivar al no declarar un caso evidente de violencia doméstica y los protocolos internos del servicio para atención sanitaria de estos pacientes.

El 64.0% afirma que conoce la obligaciones legales ante la sospecha de violencia de género, sin embargo cuando se les consultaba sobre que indicadores aplican para determinar estos casos demostraban una carencia de conocimiento sobre rutas y protocolos establecidos.

En el caso del conocimiento sobre la repercusiones legales 74.3% de los investigados, conocía las consideraciones como un delito, sin embargo se puso en manifiesto que al momento de colocar los diagnósticos en las hojas registro de la atención (002), los diagnostico presuntivos se apegaban a traumatismos, síndromes conversivos u otros que ocultan la realidad de la violencia de género en la emergencias atendidas.

El 75.0% desconoce el protocolo interno, esto se debe a que los investigados consideran que no tienen mayores estrategias para poder intervenir con la víctima y por otro lado se puso en manifiesto que no son capacitados en esa temática a más de la capacitación online de violencia



de género del ministerio de salud, la misma que se considera como obsoleta; en el caso del reconocimiento de los protocolos de primera acogida 53.3% conocen de este servicio debido a que han tenido que trasladar a un paciente por solicitud de otra institución o por pedido del mismo familiar , ver Figura 2.

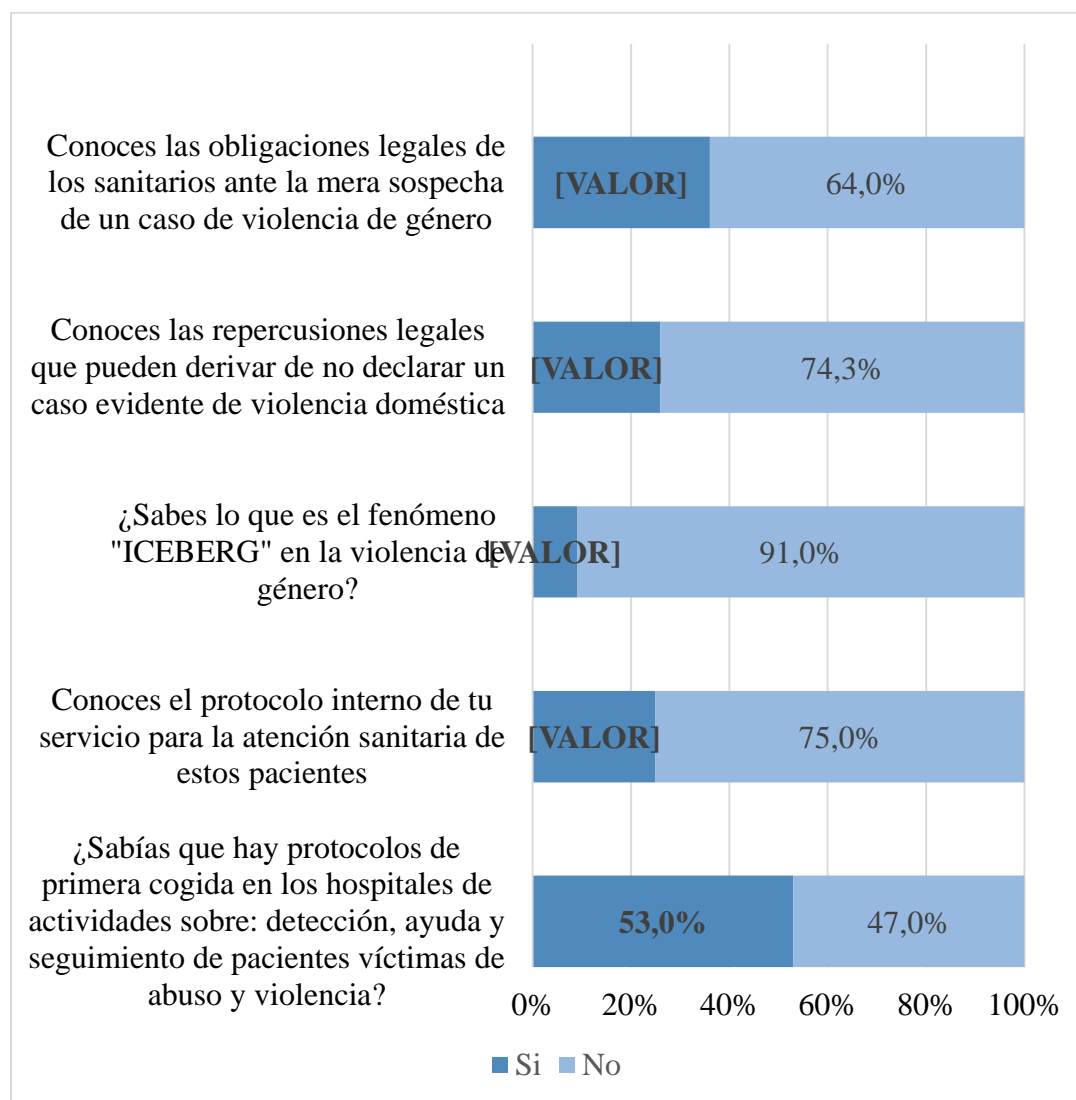


Figura 2 Conocimientos. El diagrama de barras apilada muestra la frecuencia de respuesta de cada pregunta.



3.2.3. Opinión de los profesionales de atención pre hospitalaria frente a la violencia de género.

Prácticamente la mitad de los profesionales consideraban que violencia de género y malos tratos tienen significados similares, el 70.4% cree que la violencia de género en esta sociedad es muy frecuente; además casi todos consideran que la mayoría de personas que sufren son desapercibidas. Aproximadamente la mitad considera que la violencia doméstica no tiene asociación con la clase social y la tercera parte considera que es característica de las clases bajas; esto se puede evidenciar en un 57.2% de los investigados consideran que el nivel sociocultural bajo es el factor más influyente en la existencia de malos tratos en el medio y prácticamente todos lo califican como muy importante.

Las respuestas son bajo la percepción de profesionales que trabajan con violencia de género como primeros respondientes ante la emergencia, sin embargo se pone en manifiesto una alta la dispersión de las respuestas, esto quiere decir que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables opinión y su respuesta con respecto a la violencia de género, sino que son respuesta aisladas dependiendo de las diferentes realidades que viven estos profesionales al atender víctimas de diferentes estratos sociales.

Existen dos datos que muestran que la violencia de género es evidente en el escenario de la emergencia, el primero que hace relación a la violencia como un problema en la sociedad, en donde 107 profesionales que equivalen al 70.4% lo consideran como algo frecuente y el segundo con relación al dolor físico y emocional de las víctimas, en donde 143 profesionales consideran que existe sufrimiento, las dos respuestas pueden tener relación a las vivencias en las atenciones brindadas en su profesión.



Tabla 2 *Opiniones sobre violencia de género*

Opinión.	Respuesta	n	%
Entre el significado de Violencia de género y Malos tratos	Hay diferencias	80	53,0
	Son similares	71	47,0
Piensas que la violencia de género en nuestra sociedad es un problema:	Muy frecuente	107	70,4
	Bastante frecuente	45	29,6
Crees que la mayoría de las/los pacientes que la sufren	Pasan desapercibidas	143	94,7
	Comunican su situación	8	5,3
	NS/NC	3	2,0
Se asocian más la violencia doméstica a clases sociales	Altas	13	8,6
	Bajas	56	36,8
	Las dos por igual	80	52,6
Factor más influyente en la existencia de malos tratos en nuestro medio	Nivel sociocultural bajo	83	57,2
	Estar en trámites de separación o divorcio	16	11,0
	Nivel socioeconómico bajo	46	31,7
Nivel de importancia del problema (Violencia de género)	Muy importante	145	95,4
	Algo importante	6	3,9
	Poco importante	1	0,7

Por otra parte, se encontró que, según la opinión de los profesionales el tipo de violencia más frecuentemente presentado era el psicológico, seguido por el físico y finalmente el sexual, así lo afirma aproximadamente el 60% del personal, en la Figura 3 se muestran los detalles.

Los profesionales investigados consideran que 67% esta correlacionada con la violencia sexual, esto puede deberse a la cantidad de atenciones que realizan como emergencias de salud en el campo de la atención pre hospitalaria, y un 58% con respecto a la violencia psicológica, la misma que tiene efectos en crisis ansiosas, discusiones familiares y síndromes conversivos categorizados en los reporte que realizan a los centros reguladores de emergencia del Ministerio de Salud Pública, es importante recalcar que la menor concentración de datos se establece en la violencia física debido a que la mayoría de las víctimas refieren vergüenza o temor al acto violento cualidades muy comunes en el abuso de poder ejercido por el violentador véase en la figura 3.

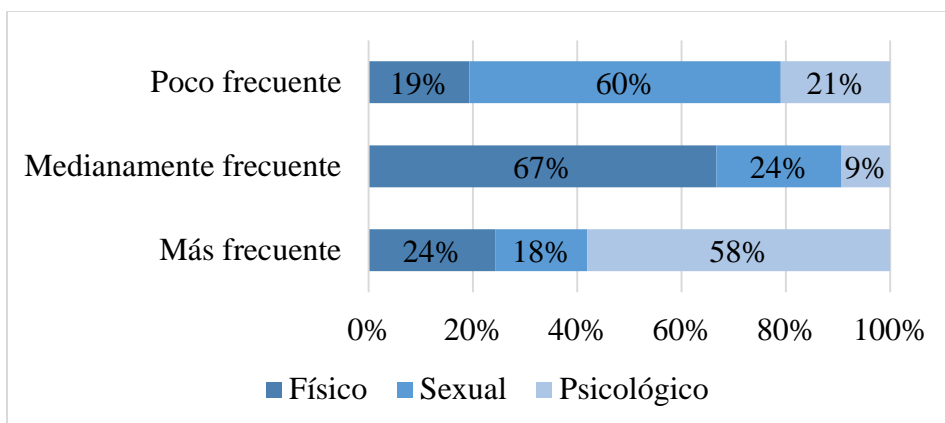


Figura 3 *Opinión sobre frecuencia en la que se presentan los tipos de violencia. El diagrama de barras apilada muestra la frecuencia de respuesta den cada pregunta.*

3.2.4. Creencias sobre quien es el responsable en la actuación e identificación en la VG.

A la hora de identificar y solucionar los problemas de violencia de género el 80% de los participantes considera que de manera conjunta se deberían al personar de salud, trabajadores sociales, jueces y policías.

De las respuestas emitidas por los profesionales de atención pre hospitalaria solo el 9.9% considera que el psicólogo es la persona responsable de la actuación e identificación, lo que evidencia la falta de conocimiento de protocolos, puesto que la mayoría de salas de acogida son atendidas en primera instancia por el profesional de la salud mental.

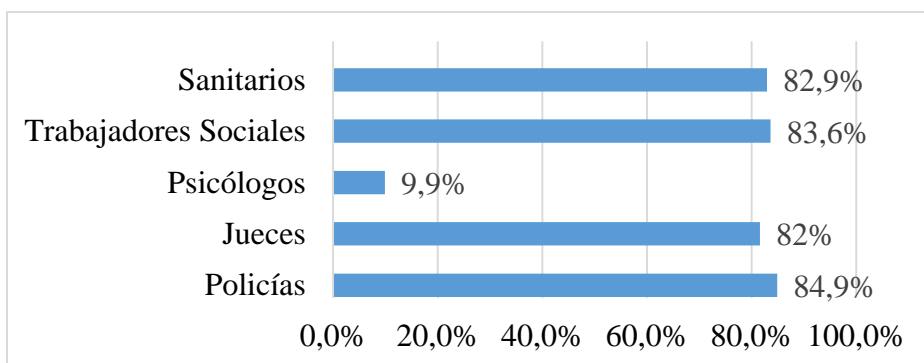


Figura 4 *Personalización. El diagrama de barras muestra la frecuencia de respuesta de cada pregunta.*

Aproximadamente el 80% de los profesionales considera que las víctimas piensan que sus problemas no tienen solución; además el 70,3% consideran que es necesario mejorar, coordinar entre distintos estamentos; Prácticamente la tercera parte de las pacientes que sufren de VG no disponen todavía de las facilidades necesarias y precisan de ayuda.

Las respuestas de este apartado muestran datos relevantes que están correlacionados en mayor cantidad a la subordinación frente al violentador, lo que genera en la mayoría de los casos las víctimas soliciten que las acciones de la atención pre hospitalaria se realicen en el lugar del incidente, lo que evidencia que no hay una denuncia o desconocen la rutas y protocolos de para garantizar sus derechos.

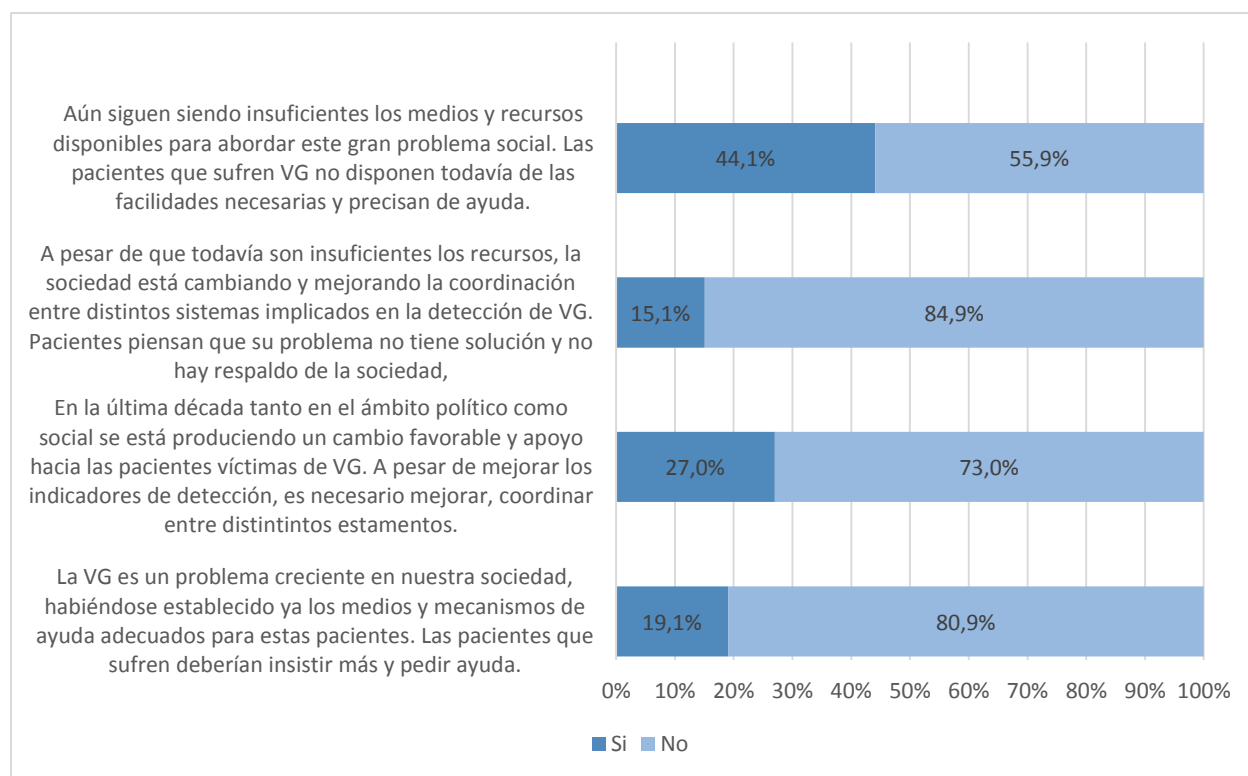


Figura 5 Personalización. El diagrama de barras muestra la frecuencia de respuesta den cada pregunta.



3.2.5. Opiniones de los profesionales

La tercera parte de los profesionales están en desacuerdo con que la víctima se sienta responsable de los actos de violencia, el 50% de los encuestados considera que si la víctima no desea hablar del tema se tratara solo la parte física, finalmente la mayoría de los profesionales consideran que la víctima está en capacidad de dejar al violentador.

Existe una mayor concentración de datos con un 69,5% de profesionales que consideran que la víctima debe aceptar la responsabilidad de la violencia, lo que evidencia las conductas marcadas de naturalización de la violencia y culpabilización del acto de violencia como responsabilidad de la víctima, lo que demuestra que existen pensamientos machistas dentro del personal de atención pre hospitalaria.

El 81,6% considera que la víctima puede dejar la relación, evidenciando el desconocimiento del ciclo de la violencia, y la ausencia de conocimientos sobre la temática tratada, es prioritario recalcar que en situaciones de emergencia casi en todos los casos son resultado de la fase de acumulación de tensión, por lo tanto el violentador ha liberado sus emociones, mientras que la víctima se encuentra en estado de crisis emocional, este dato justifica la importancia de contar con un protocolo de primeros auxilios psicológicos para víctimas de violencia de género.

Tabla 3 *Opiniones profesionales*

Opiniones	Respuesta	n	%
Si una víctima de VG permanece con su pareja después de episodios repetidos de violencia, debe aceptar la responsabilidad por esa violencia.	NS/NC	2	1,4
	De acuerdo	41	29,1
	En desacuerdo	98	69,5
Las víctimas de abuso podrían dejar la relación si así lo quisieran.	De acuerdo	115	81,6
	En desacuerdo	26	18,4

3.3. Prácticas profesionales frente la violencia de género.

Con el fin de dar cumplimiento al objetivo específico Determinar las practicas actuales de los/las profesionales de primera respuesta (ambulancias) frente a la violencia de género en la ciudad de Quito” se presentan los datos relevantes de los profesionales basados en las prácticas profesionales en casos de VG, actitudes, espacio físico para la atención frente la violencia de género en emergencias.

3.3.1. Prácticas profesionales en casos de violencia de género.

El 23.5% de participantes mencionó aplicar constantemente el protocolo de violencia de género en su trabajo habitual, además la mitad afirmó que en su trabajo a un paciente con lesiones físicas se lo plantea como diagnóstico diferencial la posibilidad de que sea un maltrato y aproximadamente la tercera parte mantenía una actitud expectante para diagnosticar estos casos.

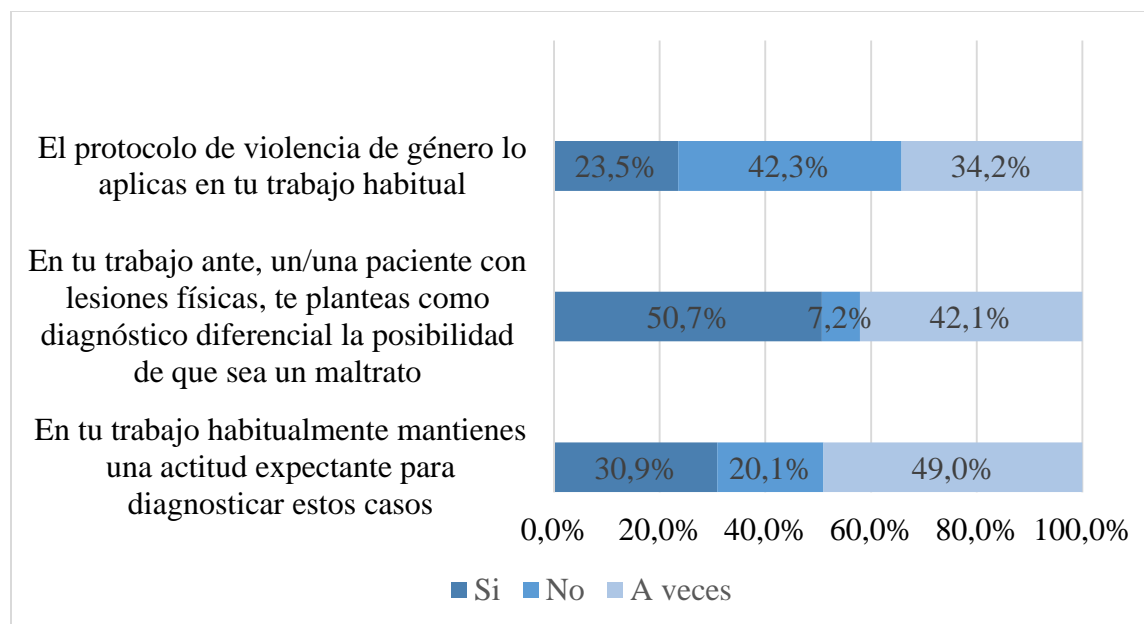




Figura 6 *Prácticas*. El diagrama de barras apilada muestra la frecuencia de respuesta de cada pregunta.

3.3.2. Prácticas frente a la atención de pacientes

La tabla 4 indica que la mitad de profesionales que estando conscientes que en sus prácticas profesionales las pacientes se niegan a hablar sobre el abuso lo único que se puede hacer es tratar las lesiones físicas y que hacer screening/tamizaje de VG probablemente ofenderá a las personas a quienes se les pregunta; se encontró además que la tercera parte no está de acuerdo con que el personal sanitario debería responsabilizarse de hacer todas las preguntas sobre VG a todos los pacientes.

Este dato nos revela nuevamente la necesidad inminente de formación y capacitación del personal de primera respuesta, se pudo evidenciar que los profesionales se niegan a ejecutar actividades como el screening con el el 51,1% consideran que ofenderán a la persona, sin embargo es en esta primera instancia las personas realizan empatía, además que con una formación adecuada no re victimizan, sin embargo tendrán los conocimientos para identificar riesgos, observar la escena y transmitir lo visualizado garantizando la cadena de custodia, por otro lado el soporte en primeros auxilios psicológicos es un factor que limita su adecuada intervención, de ahí que el 63.8% considera que no existe un responsabilidad, lo que demuestra nuevamente el desconocimiento del protocolo frente a la víctima de violencia de género.

Tabla 4 *Prácticas frente a la atención de pacientes*

Practicas con pacientes	Respuesta	n	%
Si la paciente se niega a hablar sobre el abuso, el personal sanitario lo único que puede hacer es tratar las lesiones físicas.	NS/NC	1	0,7
	De acuerdo	75	53,2
	En desacuerdo	65	46,1
El personal sanitario tiene la responsabilidad de preguntar a todas las pacientes sobre VG	NS/NC	1	0,7
	De acuerdo	90	63,8
	En desacuerdo	50	35,5



Hacer screening/tamizaje de VG probablemente ofenderá a las personas a quienes se les pregunta.	NS/NC	2	1,4
	De acuerdo	72	51,1
	En desacuerdo	66	46,8

Los dos tercios de los pacientes consideran que si una víctima de VG no reconoce el abuso, es poco lo que puedo haber para ayudar, además se creen capaces de identificar VG sin necesidad de preguntar a la paciente sobre ello, la mitad de profesionales se sentían cómodos hablando de violencia de género con sus pacientes, además no se sienten demasiado ocupados para participar en un grupo multidisciplinario para manejar casos de VG y están dispuestos a adaptar sus intervenciones terapéuticas dependiendo de la fase en la que se encuentre la persona con VG.

Existe una alta concentración de datos equivalente a 87,9% de los entrevistados que afirman estar muy ocupados para participar en un grupo multidisciplinario, este dato es de suma importancia puesto que la información obtenida por el profesional de la atención pre hospitalaria es de vital importancia ya que cuenta con la observación de la escena, las condiciones del maltrato, el perfil del violentador, datos que se pierden si no existe un análisis multidisciplinario de los casos de violencia de género.

Tabla 5 *Actitudes profesionales.*

Actitudes profesionales	Respuesta	n	%
Si una víctima de VG no reconoce el abuso, es poco lo que puedo haber para ayudar.	De acuerdo	88	62,4
	En desacuerdo	53	37,6
Soy capaz de identificar VG sin necesidad de preguntar a la paciente sobre ello.	De acuerdo	90	63,8
	En desacuerdo	51	36,2
Me siento cómodo/a hablando de VG con mis pacientes.	NS/NC	3	2,1
	De acuerdo	72	51,1
	En desacuerdo	66	46,8
Estoy demasiado ocupado/a para participar en un grupo multidisciplinario para manejar casos de VG.	NS/NC	2	1,4
	De acuerdo	15	10,6
	En desacuerdo	124	87,9
Puedo adaptar mis intervenciones terapéuticas dependiendo de la fase en la que se encuentre la	NS/NC	3	2,1
	De acuerdo	115	81,6



persona con VG.	En desacuerdo	23	16,3
-----------------	---------------	----	------

3.3.3. Experiencias adquiridas en la practica

El 73% indicó que no disponen un espacio privado adecuado para dar atención a las víctimas de VG, además el 26% consideraba que contaba con un espacio adecuado, la persona restante omitió su respuesta. Más del 75% considera que los pacientes que abusan del alcohol u otras drogas es probable que tengan antecedentes de VG, que ellos como profesionales tiene tiempo para apoyar a sus pacientes en relación a la VG; además están de acuerdo con que el abuso de alcohol es una causa principal de VG. La mayoría considera el personal sanitario no tiene el conocimiento para ayudar a las pacientes en relación a la VG; y se encontró que un 81% pueden reconocer a una víctima de VG por la manera de comportarse. Tabla 6.

115 profesionales que corresponden al 81.6%, consideran que pueden reconocer a una víctima de violencia por su manera de comportarse, sin embargo en los cuestionamientos anteriores se refiere claramente que desconocen de la temática, esto puede ser debido a que los profesionales correlacionan la violencia de género con el síndrome conversivo.

Tabla 6 *Experiencia en la Práctica*

<i>Experiencia</i>	Respuesta	n	%
Pacientes que abusan del alcohol u otras drogas es probable que tengan antecedentes de VG.	De acuerdo	121	85,8
	En desacuerdo	20	14,2
El personal sanitario no tiene tiempo para apoyar a sus pacientes en relación a la VG.	NS/NC	1	0,7
	De acuerdo	39	27,7
	En desacuerdo	101	71,6
El abuso de alcohol es una causa principal de VG.	De acuerdo	106	75,2
	En desacuerdo	35	24,8
Las mujeres que deciden alejarse de los roles tradicionales son una causa principal de VG.	NS/NC	1	0,7
	De acuerdo	62	44,0



	En desacuerdo	78	55,3
El personal sanitario no tiene el conocimiento para ayudar a las pacientes en relación a la VG.	De acuerdo	80	56,7
	En desacuerdo	61	43,3
Puedo reconocer a una víctima de VG por la manera de comportarse.	NS/NC	1	0,7
	De acuerdo	115	81,6
	En desacuerdo	25	17,7

3.3.4. Espacio físico en la práctica

El espacio físico en la atención pre hospitalaria para realizar el abordaje de las víctimas de VG es la ambulancia, se determinó que 73% de los participantes está en desacuerdo con que la unidad es un espacio adecuado para atender a la víctima, además el 26% considera que el espacio es propicio para establecer una intervención; en el caso de traslado inmediato de la escena a la unidad tiene como fin el generar seguridad en la víctima dato relevante que no toman en consideración los profesionales de atención pre hospitalaria.

Tabla 7 *Espacio físico en la práctica*

<i>Prácticas</i>	Respuesta	n	%
Tengo a mi disposición un espacio privado adecuado para dar atención a las víctimas de VG.	NS/NC	1	1
	De acuerdo	37	26
	En desacuerdo	103	73

3.4. Análisis estadístico de las atenciones de los profesionales de atención pre hospitalaria en emergencias de violencia de género periodo 2017 – 2018.

Con el fin de fortalecer el análisis de la practicas profesionales, se solicitó a la Dirección Nacional de Atención Pre Hospitalaria y Unidades Móviles del Ministerio de Salud Pública, las estadísticas del año 2018 con fecha corte en febrero del 2019 (Registro del SIS ECU 911 –



Centro regulador de emergencias del Ministerio de Salud Pública) de las atenciones brindadas como emergencias, que han sido categorizadas como atenciones de salud en violencia de género.

3.4.1. Atenciones de emergencias por violencia de género, por provincia en el periodo 2018 con corte febrero del 2019.

El 14% de las llamadas de emergencia por VG se evidencian en la provincia de Guayas, precedido de la provincia de Manabí con un 11%, las dos provincias con mayor incidencia son de la costa ecuatoriana. Es importante recalcar que el resto de la red territorial tiene una baja concentración de llamadas de emergencia con respecto a esta temática.

Tabla 8 *Atenciones por Provincia*

PROVINCIA	TOTAL	%
AZUAY	297	5%
BOLIVAR	176	3%
CAÑAR	205	3%
CARCHI	114	2%
CHIMBORAZO	276	4%
COTOPAXI	243	4%
EL ORO	387	6%
ESMERALDAS	267	4%
GALAPAGOS	72	1%
GUAYAS	903	14%
IMBABURA	200	3%
LOJA	296	5%
LOS RIOS	405	6%
MANABI	703	11%
MORONA SANTIAGO	307	5%
NAPO	89	1%
ORELLANA	95	2%
PASTAZA	109	2%
PICHINCHA	284	4%
SANTA ELENA	97	2%
SANTO DOMINGO	89	1%
SUCUMBIOS	195	3%



TUNGURAHUA	284	4%
ZAMORA CHINCHIPE	182	3%
ZONA NO DELIMITADA	39	1%
Total general	6314	100%

Fuente: SIS ECU 911 (MSP, 2018).

Elaborado: Juan Diego Carpio Espinoza

3.4.2. Atenciones de emergencias por tipo de violencia de género en el 2018 – 2019

Dentro de las llamadas de emergencia por VG se pueden identificar tres tipos de registros a nivel nacional, el 33% corresponde a la atención categorizada como Violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar de tipo psicológica, el 31% de las atenciones se han categorizado como Violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar de tipo física y finalmente el 2% de las atenciones se han categorizado como Violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar de tipo sexual.

Tabla 9 *Atenciones por tipo de violencia de género*

Atenciones de Emergencia en Violencia de Género	Total	%
Violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar física	1977	31%
Violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar psicológica	2090	33%
Violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar sexual	136	2%
Violencia intrafamiliar	2111	34%
Total general	6314	100%

Fuente: SIS ECU 911 (MSP, 2018).

Elaborado: Juan Diego Carpio Espinoza

La mayor incidencia de llamadas de emergencia por VG se puede visualizar en mayor proporción en la de tipo psicológica con un 34% a nivel nacional.

Mediante el análisis brindado de los datos entregados por la Dirección Nacional de Atención Pre Hospitalaria y Unidades Móviles del Ministerio de Salud Pública, podemos ver una marcada concentración equivalente al 34% en la violencia física lo que respalda los datos obtenidos por los cuestionario evidenciando que las atenciones de emergencia son consideradas a

las que tienen un trauma físico, minimizando las acciones de ejercicio del poder en la parte psicológica, lo que también sustenta el fenómeno de iceberg, por lo que es necesario la formación, capacitación e implementación de un protocolo que este diseñado para una adecuada intervención biopsicosocial en la víctimas de violencia de género.

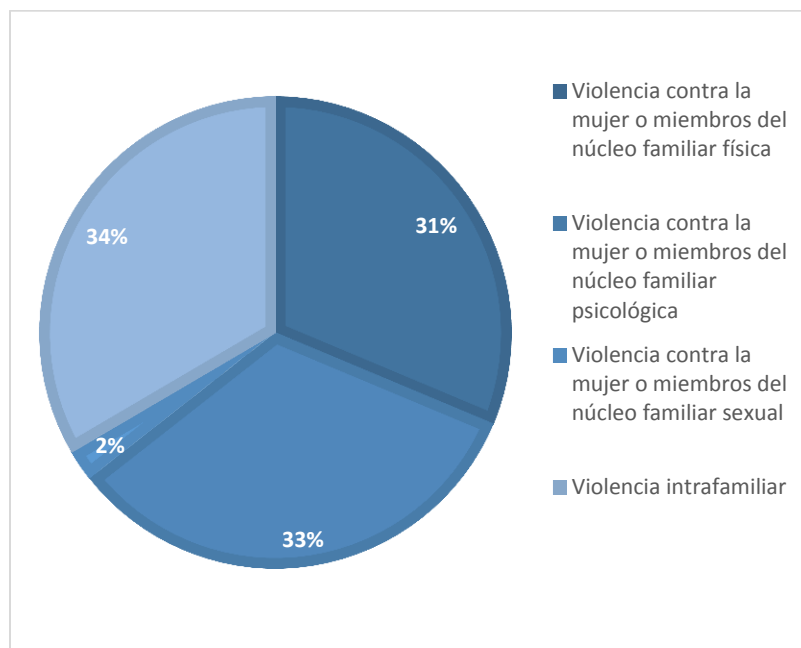


Figura 7 Tipos de violencia en emergencias. La torta de porcentajes apilada la frecuencia de llamadas por tipo de violencia de género



Figura 8 El diagrama de barras evidencia la violencia en emergencias a nivel nacional por tipo de Violencia de Género.



3.5. Discusión

El presente estudio, se constituye en una aproximación de cómo son las prácticas de los profesionales de atención pre hospitalaria (ambulancias) frente a los casos de emergencias en violencia de género, tomando en consideración que es un espacio de labores prioritario para evitar la revictimización producto de inadecuado ejercicio profesional, los primeros respondientes son quienes tienen el primer contacto con la víctima y por lo tanto ejecutan la primera práctica en salud, el estudio se transversalizó tomando en consideración las opiniones como profesionales sobre violencia de género, las prácticas frente a la atención de pacientes, actitudes profesionales, conocimiento frente a la problemática y experiencia en la práctica con personas víctimas de violencia de género en emergencias.

Las unidades de atención pre hospitalaria, son entornos en los que este tipo de investigación es sensiblemente limitado, la investigación desarrollada es novedosa y responde a la necesidad urgente del contexto ecuatoriano, para evitar prácticas inadecuadas, así como a un llamado a las instituciones públicas y privadas de la Red Integral de Salud (RPIS y RPC) del país, ya que pone en manifiesto la necesidad de capacitación en violencia de género y su abordaje inicial.

Los resultados alcanzados ofrecen información actualizada y contextualizada que contribuye a prevenir y tratar adecuadamente la violencia de género en situaciones de emergencia, los aportes importantes que realiza este estudio ofrecen dos cuestionarios validados por expertos denominados “Conocimientos, opiniones y barreras para la infra detección en profesionales sanitarios” y “Opiniones y creencias de los profesionales”, los mismos que están aptos para ser empleado en unidades de primera respuesta de toda la red territorial.



Ya que El 81,6% considera que la víctima puede dejar la relación, evidenciando el desconocimiento del ciclo de la violencia, se puede plantear la ejecución y elaboración de un “Protocolo de primeros auxilios psicológicos en violencia de género” que contribuirá a la autoeducación de los primeros respondientes, fomentando la prevención y actuación asertiva en los casos de violencia de género en casos de emergencia.

La investigación toma como Marco Normativo la ley orgánica integral para la prevención y erradicación de la violencia de género contra las mujeres, en lo descrito en el Artículo 5 Obligaciones estatales:

El Estado tiene la obligación ineludible de adoptar todas las medidas administrativas, legislativas, judiciales, de control y de cualquier otra índole, que sean necesarias, oportunas y adecuadas para asegurar el cumplimiento de esta Ley, evitando la impunidad y garantizando los derechos humanos de las mujeres, para lo cual deberá rendir cuentas a través de sus instituciones, en el marco del cumplimiento de esta Ley.

El lenguaje técnico de los instrumentos, puede ser confuso tanto para el personal de atención pre hospitalaria, como para los conductores de atención pre hospitalaria y demás personal de salud; sin embargo, los instrumentos fueron validados y acoplados por expertos, lo que facilitó la obtención de datos en este estudio, incluye variables que evidencias las prácticas profesionales que pueden darse dentro de las unidades de primera respuesta.

La principal motivación para ejecutar la presente investigación, fue el bajo nivel conocimiento al ser parte de los profesionales de atención pre hospitalaria durante 7 años en el Ministerio de Salud Pública.



El primer hallazgo fue que el 50,0% de los participantes en la investigación, médicos, paramédicos y conductores de ambos sexos, afirman que conocen algún tipo de violencia en su entorno, similares resultados fueron presentados en una investigación realizada en México, que reveló que el 63,0% de los profesionales de la investigación registraron la violencia doméstica en el expediente dentro del contexto de violencia contra la mujer y medicina familiar lo que evidencia la problemática en otros contextos de américa (Venegas, y otros, 2007, págs. 376-379.).

En la variable de conocimiento se evidencio que el 91,0% desconocían que es el fenómeno de Iceberg en la violencia de género, dando pautas sobre las necesidades de capacitación en el personal de atención pre hospitalaria. García en el 2002 indica que en los procesos de violencia se puede ver manifestados por fenómeno del Iceberg, este estudio revelo que las percepciones de las participantes se reflejan en el fenómeno antes mencionado, tal como lo refirieron las participantes al considerar la posibilidad de que algunos casos de violencia queden en la esfera de lo privado en las familias, lo que oculta el trasfondo de la violencia en emergencias (Nóblega & Muñoz., 2009, págs. 59-68).

Entre los resultados obtenidos en el presente estudio, se determinó que más de la mitad de los participantes desconoce las obligaciones legales de los sanitarios ante la sospecha de un caso de violencia de género en un 64,0%, las repercusiones legales que pueden derivar de no declarar un caso evidente de violencia de género en un 74,3%, el protocolo interno para la atención sanitaria de estos pacientes en un 75,0%, comprobando el desconocimiento de las normativas nacionales, un estudio realizado en Argentina especifico datos muy similares, en el cual el 49,7% de los participantes poco o nada d conocimientos sobre los procedimientos a tomar en casos de



violencia de género (Aleman, y otros, 2010, págs. 22-26) esta aproximación indica que los profesionales ecuatorianos presentan mayor incidencia de desconocimiento sobre la temática.

Como parte esencial de este estudio se les consulto a los participantes si sabían que existen protocolos de primera acogida en hospitales 40,7% puso en evidencia el desconocimiento de estos procesos de intervención inicial, el estudio realizado en España comparte características similares en donde el 60% opinaba que podrían tener un papel relevante en la detección de esta situación, pero no disponían de las herramientas o conocimiento adecuado para las intervenciones haciendo notar el desconocimiento de los protocolos establecidos (Calvo & Camacho., 2014, págs. 224-239).

En el apartado de opiniones del personal de atención pre hospitalaria sobre violencia de género el 53,0% de los participantes considera que hay una diferencia entre violencia de género y malos tratos, el 70,4% visualiza la violencia de género como un problema en nuestra sociedad, el 94,7% considera que la violencia de género pasa desapercibida, el 52,6% asocia la violencia a las clases altas y bajas por igual, el 31,7% relaciona la violencia con el nivel socioeconómico bajo, finalmente el 95,4% considera el problema de la violencia de género como muy importante, datos muy similares se evidenciaron en Barcelona, España, ya que en cuanto a la definición de este problema, la gran mayoría de los encuestados con el 92% consideró que se trata de un problema social y también judicial con un 62% (Coll, y otros, 2008, págs. 7 -10.), este estudio pone en manifiesto que los profesionales consideran a la violencia como un problema de todos los extractos sociales y en todos los niveles socioeconómicos.

De las diversas formas para evidenciar la violencia el dato más relevante en este estudio es que el 58,0% de los profesionales consideran que la violencia psicología es la más frecuente en la sociedad, este resultado es respaldado por el INEC que expresa en la encuesta nacional de



las relaciones familiares y de violencia de género contra las mujeres que el 53,9% es de tipo psicológica como forma más recurrente de violencia en el país (INEC, 2011, págs. 5-12) al momento de intervenir con la violencia de género el 84,9% considera que los policías son responsables sobre su actuación e identificación, precedido de la atención de trabajo social con un 83,6%, el personal sanitario con un 82,9%, jueces con un 82%, y finalmente los psicólogos con un 9,9% de las respuestas.

Al realizar un análisis con respecto a las prácticas con los que ejecutan la atención los primeros respondientes de pre hospitalario, se pone de manifiesto una realidad que apunta hacia el desconocimiento sobre los procedimientos.

Un dato de suma relevancia está enfocado en como aplican los profesionales los protocolos en violencia de género el 23.5% de participantes mencionó que aplica constantemente el protocolo de violencia de género en su trabajo habitual, además la mitad afirmó que en su trabajo a un paciente con lesiones físicas se lo plantea como diagnóstico diferencial la posibilidad de que sea un maltrato y aproximadamente la tercera parte mantenía una actitud expectante para diagnosticar estos casos, este hallazgo puede dar razón de la necesidad de instruir constantemente sobre los protocolos nacionales para la atención de las víctimas de violencia de género Quintana y otros (2014, pág. 114.), refieren que “en el país es una prioridad estatal desde el año 2007, con la creación del Plan para la Erradicación de la Violencia contra la Niñez, Adolescencia y Mujeres, para un abordaje integral que permita la generación de políticas y programas para la prevención, protección, sanción y restitución de los derechos de las víctimas de cualquier tipo de violencia” realizan un análisis sobre la respuesta del Estado ecuatoriano frente a la violencia contra las mujeres y plantean protocolos de actuación frente esta problemática (Quintana, y otros, 2014, pág. 114.).



La mitad de profesionales que estando conscientes de que si la paciente se niega a hablar sobre el abuso lo único que se puede hacer es tratar las lesiones físicas y que hacer screening/tamizaje de VG probablemente ofenderá a las personas a quienes se les pregunta.; además casi el 70% consideraba que si una víctima de VG permanecía con su pareja después de varios episodios de violencia no deben aceptar la responsabilidad por esa violencia; más del 80% de profesionales considera que la víctima de abuso podría dejar la relación si así lo quisiera; se encontró además que la tercera parte no está de acuerdo con que el personal sanitario debería responsabilizarse de hacer todas las preguntas sobre VG a todos los pacientes.

Cabe señalar que con respecto al screening un estudio realizado en Barcelona, España determino que 74,1% de los profesionales exploran la violencia de género, el 78,3% creyeron conveniente explorar si se sospecha de un acto de violencia de género; al mismo tiempo se estableció que 60% considera la detección como función propia sólo si hay sospechas de la presencia de VCP y el 78% cree que es conveniente la exploración única-mente en casos que presenten indicios. Sólo un 5,2% consideró que sería adecuado explorar a todas las mujeres en la primera visita, no hay referencias en el estudio que consideren que las mujeres víctimas de violencia finalizarían con la relación por el contrario se afirma que la mayoría se mantienen en la relación hasta que ejecutan una denuncia (Álvarez, 2014, págs. 31-41.).

Los dos tercios de los profesionales consideran que si una víctima de violencia género no reconoce el abuso, además consideran que son capaces de identificar la violencia sin necesidad de preguntar a la paciente sobre ello, la mitad de profesionales se sentían cómodos hablando de violencia de género con sus pacientes, además no se sienten demasiado ocupados para participar en un grupo multidisciplinario para manejar casos de violencia de género y están dispuestos a adaptar sus intervenciones terapéutica, este resultado es parecido al alcanzado por un estudio



realizado en Barcelona (2008), en donde un 60,1% de los encuestados consideró que podía tener un papel bastante o muy relevante en la detección de estos casos de violencia, el 49,3% habían detectado casos de violencia en sus labores y el 21,6% habían asistido a reuniones sobre violencia de género (Coll, y otros, 2008, págs. 7-10)

Con respecto a las experiencias generadas en la atención a víctimas de violencia de género el 73% indicó que no disponen un espacio privado adecuado para dar atención a las víctimas, se determinó también que el espacio físico en la Atención Pre Hospitalaria para realizar el abordaje de las víctimas es la ambulancia, concluyendo que 73% de los participantes está en desacuerdo con que la unidad es un espacio adecuado para atender a la víctima, además el 26% considera que el espacio es propicio para establecer una intervención.

En el estudio la mayoría considera el personal sanitario no tiene el conocimiento para ayudar a las pacientes en relación a la violencia de género y se encontró que un 81% pueden reconocer a una víctima de VG por la manera de comportarse.

Un estudio realizado por González y Pacho (2018, pág. 2.) reveló que el 30% de la emergencia relacionadas con violencia de género son atendidas en unidades de soporte vital básico y 70% de dichas emergencias son atendidas en unidades de soporte vital avanzado, adicional el 80% de los participantes reconocen positivamente las señales de alerta de casos de violencia física, el 70% reconocen las señales de alerta de casos de violencia psicológica, y el 68% reconocen las señales de alerta de violencia sexual, estas labores son ejecutadas en la unidad pre hospitalaria.

Como dato relevante del presente estudio, se solicitó a la Dirección Nacional de Atención Pre Hospitalaria y Unidades Móviles las estadísticas del 2018 con corte en febrero del 2019 de



atención de emergencia realizadas a nivel nacional en ambulancias y unidades de socorro, puede señalarse que cuando se profundizó en este análisis los resultados que se obtuvieron son: la provincia con mayor índice de llamadas de emergencia por violencia de género es Guayas con un 14% el total nacional; a nivel nacional existieron 6314 atenciones de violencia de género estos valores evidencian que la variable “prácticas profesionales en los profesionales de atención pre hospitalaria ” se comporta de manera independiente con respecto a las estadísticas nacionales del INEC por denuncias por violencia de género, lo que demuestra la necesidad de formación en soporte en crisis a estas víctimas.

El análisis nacional del INEC (2010, pág. 10.) refiere que en Ecuador 6 de cada 10 mujeres han vivido algún tipo de violencia de género equivalente al 39,4%, si ponemos en contraposición de las llamadas de emergencia evidencia que existe muchas llamadas que no concretan una denuncia y por lo tanto ameritaran un soporte en crisis y manejo de primeros auxilios psicológico por parte del primer respondiente.

Resulta oportuno en este contexto de discusión, señalar que el abordaje de los primeros auxilios psicológicos como parte de su práctica profesional frente a los casos de violencia de género se evidencia en que el 31% de las atenciones de emergencia de violencia de género a nivel nacional son de tipo psicológica, el 33% de tipo física y el 2% de tipo sexual, tomando en consideración que estas llamadas fueron atendidas en domicilios o lugares donde se generaron estas emergencias

El objetivo general propuesto en esta investigación fue Investigar las prácticas que tienen los/las profesionales de primera respuesta del Ministerio de Salud Pública de la ciudad de Quito frente a la violencia de género, con el fin de generar una propuesta de protocolo de primeros auxilios psicológicos a víctimas de violencia de género en emergencias, es decir, todos los (p)



valor alcanzados estuvieron por debajo de (0.05), que fue el valor de significación estadística establecido, la interpretación de este resultado general, da cuenta de que las prácticas de los profesionales de atención pre hospitalaria ameritan capacitación constante frente a la temática de violencia de género, protocolos y primeros auxilios psicológicos a estas víctimas, no dependen del rol que desempeñan como paramédicos, médicos o conductores el desconociendo es generalizado dentro de la ambulancia.

En base a todos estos resultados el presente estudio finaliza con un Protocolo de Primeros Auxilios Psicológicos como aporte de una propuesta para la intervención en crisis encaminada a las buenas prácticas de los profesionales de atención pre hospitalario, dicha propuesta toma como base los resultados investigativos alcanzados, los cuales ponen en evidencia que profesionales ameritan capacitación en la temática.

Algunos autores plantean que el desarrollo de estrategias de intervención como resultado de la investigación, es un proceso cada vez más extendido; señala que sus diseños están encaminados a la solución de problemas de la práctica con un empleo óptimo de recursos, en este sentido el protocolo es una propuesta de intervención fundamentada y validada por expertos nacionales e internacionales con bases sólidas en la atención pre hospitalaria y los primeros auxilios psicológicos en la búsqueda de cumplir con los objetivos que compensen las demandas de los profesionales de atención pre hospitalaria, policías, bomberos y todos aquellos que ejecuten la primera intervención con las víctimas de violencia de género (Butler, 2006, pág. 46).



4. CAPÍTULO V - CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

Al analizarse las prácticas profesionales de la atención pre hospitalaria en las 50 ambulancias del Ministerio de Salud Pública de la Zona 9 que formaron parte del estudio, se constató que la mayoría de los profesionales, desconocen protocolos para actuación en casos de violencia de género en emergencias, expresado por la mayoría de participantes de la investigación.

Existe una mayor concentración de personal de sexo masculino, el mismo que supera a con más de la mitad al sexo femenino, el sexo femenino equivale a un porcentaje de 37.5%; solo una mínima parte de la población investigada con 3.5% decidió no responder al sexo biológico; por otra parte se pudo evidenciar que los profesionales investigados son en mayor cantidad varones en la conducción y mujeres en la profesión de paramédico, lo que puede estar asociado a roles de género.

La falta de conocimientos que existe en la población general y en los profesionales de atención pre hospitalaria, con respecto al tema violencia de género se evidenció en sus modelos cognitivos y prácticas profesionales, lo que genera atenciones inadecuadas por desconocimiento.

El 81,6% considera que la víctima puede dejar la relación, evidenciando el desconocimiento del ciclo de la violencia, y la ausencia de conocimientos sobre la temática tratada, Los dos tercios de los pacientes consideran que si una víctima de VG no reconoce el abuso, es poco lo que puedo haber para ayudar, además se creen capaces de identificar VG sin necesidad de preguntar a la paciente sobre ello, la mitad de profesionales se sentían cómodos hablando de violencia de género con sus pacientes, además no se sienten demasiado ocupados para participar en un grupo multidisciplinario para manejar casos de VG y están dispuestos a



adaptar sus intervenciones terapéuticas dependiendo de la fase en la que se encuentre la persona con VG.

Existe una alta concentración de datos equivalente a 87,9% de los entrevistados que afirman estar muy ocupados para participar en un grupo multidisciplinario, este dato es de suma importancia puesto que la información obtenida por el profesional de la atención pre hospitalaria es de vital importancia ya que cuenta con la observación de la escena, las condiciones del maltrato, el perfil del violentador, datos que se pierden si no existe un análisis multidisciplinario de los casos de violencia de género.

El 73% indicó que no disponen un espacio privado adecuado para dar atención a las víctimas de VG, además el 26% consideraba que contaba con un espacio adecuado, la persona restante omitió su respuesta. Más del 75% considera que los pacientes que abusan del alcohol u otras drogas es probable que tengan antecedentes de VG, que ellos como profesionales tiene tiempo para apoyar a sus pacientes en relación a la VG; además están de acuerdo con que el abuso de alcohol es una causa principal de VG. La mayoría considera el personal sanitario no tiene el conocimiento para ayudar a las pacientes en relación a la VG; y se encontró que un 81% pueden reconocer a una víctima de VG por la manera de comportarse

El 14% de las llamadas de emergencia por VG se evidencian en la provincia de Guayas, precedido de la provincia de Manabí con un 11%, las dos provincias con mayor incidencia son de la costa ecuatoriana. Es importante recalcar que el resto de la red territorial tiene una baja concentración de llamadas de emergencia con respecto a esta temática.

Las llamadas de emergencia por VG se pueden identificar tres tipos de registros a nivel nacional, el 33% corresponde a la atención categorizada como Violencia contra la mujer o



miembros del núcleo familiar de tipo psicológica, el 31% de las atenciones se han categorizado como Violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar de tipo física y finalmente el 2% de las atenciones se han categorizado como Violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar de tipo sexual.

En el estudio no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables a modo de Hipótesis nula (H_0) se refería que las prácticas de los profesionales de atención pre hospitalaria en relación a la violencia de género son las más asertivas, puesto que conocen los procedimientos más adecuados para realizar la primera intervención, sin embargo, posterior al estudio se pudo verificar que 47,0% desconoce los protocolos de intervención a víctimas de violencia de género; con respecto a la Hipótesis alternativa (H_1) que refería que las prácticas de los profesionales de atención pre hospitalaria en relación a la violencia de género no son las más asertivas, puesto que desconocen los procedimientos más adecuados para realizar la primera intervención, por lo que se comprobó que se comprobó que 76,5% no aplican protocolos para la atención de dichas víctimas, comprobando la hipótesis y reafirmando la necesidad de un protocolo de primeros auxilios psicológico en violencia de género.

Esta conclusión no le resta calidad al estudio; el análisis de validez del instrumento aplicado, da cuenta de la fiabilidad de los datos presentados y el valor que tienen los resultados obtenidos en este estudio. Por el contrario, se puede considerar que tal resultado está acorde con los demás elementos identificados en el presente contexto investigativo.

Otro aporte significativo del presente estudio es la obtención de la versión ecuatoriana de los cuestionarios “Conocimientos, Opiniones y Barreras para la Infra Detección en Profesionales Sanitarios” que cuenta con 24 ítems que describen los conocimientos, que opinan y que barreras perciben para la atención y aplicación de protocolos de Violencia de Género en emergencias, y el



Cuestionario “Opiniones y Creencias de los Profesionales” cuenta con 17 ítems que complementan que opinan y que creencias tienen los profesionales al momento de atender emergencias, herramientas de las cuales no existían antecedentes de su utilización en el contexto ecuatoriano.

4.2. Recomendaciones

- Realizar estudios más rigurosos en contextos de salud en emergencias, para ampliar el nivel de información sobre las formas de atención en violencia de género.
- Incorporar nuevas variables en estudios posteriores, para que sean evaluadas en conjunto con las empleadas en la presente investigación, lo cual ampliará las capacidades para el análisis.
- Realizar estudios cualitativos para profundizar en descripción y explicación del problema de la violencia de género.
- Se recomienda realizar estudios longitudinales con esta población de mujeres víctimas de violencia en emergencias para profundizar en el conocimiento de su realidad, la evolución de su situación en un contexto violento basado en micro machismos y patriarcado.
- Implementar la propuesta de protocolo de primeros auxilios psicológicos en violencia de género con metodología de intervención psicoeducativa, con el fin de validarla y evaluar el impacto de la propuesta.
- Extender este estudio a otras poblaciones de mujeres víctimas de violencia, en otros contextos situacionales, que no sean emergencia con el fin de lograr una caracterización amplia del fenómeno que sirva de sustento para la creación de planes, programas y



políticas encaminados a salvaguardar los derechos humanos de las mujeres víctimas de violencia de género.

- Capacitar a los profesionales de atención pre hospitalario en las rutas, protocolos y normativa establecida por los entes reguladores.
- Plantear investigaciones sobre estereotipos de género en personal de salud.
- Ejecutar proyectos centrados en el informar sobre la incidencia de los estereotipos y su influencia negativa en la violencia de género.
- Regular las intervenciones de personas que re victimicen a las personas víctimas de violencia de género en emergencias, tales como policía, guardia ciudadana, bomberos entre otras entidades que tienen acceso a una primera intervención.
- En coordinación con el Ministerio de Salud Pública, se recomienda generar y aplicar talleres respecto a la deconstrucción de estereotipos de género en emergencias, a fin de que la población puedan detectar y confrontar prejuicios que atentan a la salud de las personas víctimas de violencia de género.
- Ampliar la educación sexual incluyéndola dentro de la malla curricular y no solo como un eje transversal, pues es importante que la sexualidad sea analizada desde todos los puntos de vista, esta transversalización del conocimiento permitirá reducir el número de emergencias que se generan por el reconocimiento de la violencia de género.
- Incrementar acciones de comunicación que difundan la realidad de la violencia de género y la revictimización en personas que la han vivido, de esta forma se motiva a la población a tomar conciencia del impacto a mediano y largo plazo que puede causar una mala intervención.



5. CAPÍTULO VI -PROPUESTA DE PROTOCOLO

5.1. Propuesta de propuesta de protocolo de primeros auxilios psicológicos para los/las profesionales de atención pre hospitalaria en el abordaje inicial de las víctimas de violencia de género.

Posterior a los resultados de los cuestionarios aplicados a los profesionales y en función a las necesidades detectadas se ha elaborado una propuesta de protocolo de primeros auxilios psicológicos para los profesionales de atención pre hospitalaria para el abordaje de la violencia de género.

Puesto que la investigación afirmó que los profesionales conocen algún caso de violencia y casi la cuarta parte mencionó que hay problemas organizativos o estructurales que impiden diagnosticar casos de violencia, el primer apartado de la propuesta de protocolo consiste en definiciones básicas que permitan identificar adecuadamente las terminologías relacionadas con Violencia de Género.

Un segundo apartado permitirá mejorar la estructura y organización de la atención de violencia de género en emergencias, por medio de flujogramas que han sido validados por expertos en tres campos: atención vía telefónica, atención en el lugar del incidente y atención al interviniente.

Se evidenció el desconocimiento de los profesionales en temas como el fenómeno de “ICEBERG” en la violencia de género, las obligaciones legales, repercusiones legales y los protocolos internos del servicio para atención sanitaria de las víctimas, por lo que posterior a cada flujograma existirá las pautas básicas para ejecutar la primera intervención en crisis



conocida como primeros auxilios psicológicos para garantizar practicas adecuadas en la intervención.

Por otra parte, un poco más de la mitad conocía la existencia de protocolos para detección y apoyo de víctimas

La mitad de profesionales considera que si la paciente se niega a hablar sobre el abuso lo único que se puede hacer es tratar las lesiones físicas y que hacer screening/tamizaje de VG probablemente ofenderá a las personas a quienes se les pregunta evidenciando la falta de técnicas de primera intervención en primeros auxilios psicológicos por lo que existirá un apartado de recursos para estas intervenciones,

Los participantes mencionaron que aplican constantemente el protocolo de violencia de género en su trabajo habitual, además la mitad afirmó que en su trabajo a un paciente con lesiones físicas y emocionales; adicional las estadísticas brindadas por el ministerio de salud revelaron que existen 6314 atenciones a nivel nacional como primera intervención lo que refleja la necesidad clara de técnicas para los respondientes, por lo que se realizó un apartado final con técnicas de cuidado y autocuidado del interviniente.

Varios autores mencionan la importancia de la coeducación para fortalecer a nuestra sociedad es por ello que esta propuesta se basa en que nacemos como mujeres o como hombres y la primera información que se da de cada persona es su sexo, sin embargo, compartimos las mismas necesidades de aprendizaje, la identidad sexual, el género, los auxilios psicológicos en violencia de género, son en cierto modo los conocimientos que debemos transversal izar en todo los espacios de capacitación para profesionales de la salud (Subirats & Tomé., 2010, págs. 6-9).



5.2. Propuesta de contenidos

Primeros auxilios psicológicos en violencia de género (PAP -VG)

1. Definiciones
 - 1.1. Anclaje
 - 1.2. Atención pre hospitalaria
 - 1.3. Cadena de custodia
 - 1.4. Educación sexual
 - 1.5. Prevención primaria
 - 1.6. Prevención secundaria
 - 1.7. Prevención terciaria
 - 1.8. Primeros auxilios psicológicos
 - 1.9. Primer respondiente
 - 1.10. Re victimización secundaria
 - 1.11. Violencia de género
 - 1.12. Violencia sexual
 - 1.13. Victimización primaria
2. Primeros auxilios psicológicos en violencia de género
 - 2.1. ¿Qué son los primeros auxilios psicológicos?
 - 2.2. ¿Cuándo aplicamos los primeros auxilios psicológicos?
 - 2.3. ¿Qué es una emergencia?
 - 2.4. ¿Qué es una urgencia?
 - 2.5. ¿Qué es un incidente masivo/catástrofe?
 - 2.6. ¿Qué es una crisis?



- 2.7. ¿Qué es el duelo?
- 2.8. ¿Cómo aplicar el auxilio psicológico?
- 2.9. Clasificación de las víctimas
- 2.10. ¿Qué es el síndrome de adaptación paradójica?
- 2.11. ¿Qué es el fenómeno del iceberg de la violencia de género?
- 2.12. ¿Qué es la intervención en crisis en violencia de género?
3. Protocolo de actuación PAP
 - 3.1. Principios generales de la intervención
 - 3.2. Información previa a los primeros auxilios psicológicos
 - 3.3. Cómo acercarnos para realizar los primeros auxilios psicológicos
 - 3.4. Pautas para la actuación
 - 3.5. El duelo de la violencia por edades
4. Flujograma 1 - Primeros auxilios psicológicos - atención vía telefónica
 - 4.1. Primeros auxilios psicológicos - atención vía telefónica
 - 4.1.1. Contacto telefónico y género
5. Flujograma 2 - Primeros auxilios psicológicos - primer respondiente APH
 - 5.1. Primeros auxilios psicológicos - primer respondiente APH
 - 5.1.1. ¿Quién es el primer respondiente?
 - 5.1.2. Escucha activa
 - 5.1.3. Contacto inicial
6. Flujograma 3 - Primeros auxilios psicológicos, atención al interviniente
 - 6.1. Primeros auxilios psicológicos, atención al interviniente
 - 6.2. ¿Qué es el agotamiento vocacional?



- 6.3. Procedimientos de autocuidado y PAP en intervinientes
- 6.4. Prevención de burnout y fatiga por compasión
- 7. Técnicas breves para intervención en violencia de género
 - 7.1. Técnica de la burbuja
 - 7.2. Técnica de desactivación fisiológica
 - 7.3. Técnica de activación fisiológica
 - 7.4. Técnica de contención emocional
 - 7.5. Técnica de acompañamiento
 - 7.6. Técnica de reestructuración cognitiva por extinción del pensamiento
 - 7.7. Técnica de reestructuración cognitiva por desaceleración de ideas.
 - 7.8. Reestructuración pre exposición de los pensamientos negativos.
 - 7.9. Técnica de la palabra clave
 - 7.10. Anclajes positivos
 - 7.11. Técnica del cuento dirigido
 - 7.12. Posicionamiento
 - 7.13. Calibrar
 - 7.14. Visión del futuro
 - 7.15. Visualización del señor dolor
 - 7.16. Aquí y ahora
 - 7.17. Descortezando la cebolla
 - 7.18. Frases positivas desde el principio de Premack
 - 7.19. Sesgos cognitivos
 - 7.20. El espejo escrito



- 7.21. Abrazo de la mariposa
- 7.22. Yo madre, yo adulta, yo hija
- 7.23. Técnica del buzón de la confianza
- 7.24. Técnica de la persona segura
- 7.25. Buenos y malos secretos
- 8. Técnicas para el cuidado y autocuidado del interviniente
 - 8.1. Briefing (Informe)
 - 8.2. Defusing (Desactivación)
 - 8.3. Debriefing (interrogatorio)
 - 8.4. Representación gráfica de resiliencia
 - 8.5. Buzón del desahogo
 - 8.6. Muro del desahogo
 - 8.7. Rueda de disgustos
 - 8.8. El expectativometro
 - 8.9. La carta
- 9. Bibliografía

5.3. Metodología de validación

Finalmente dando cumplimiento al último objetivo que indica “Elaborar una propuesta de protocolo de Primeros Auxilios Psicológicos para los/las profesionales que hacen la primera intervención a víctimas de violencia de género” se elaborará dicho protocolo en función a las necesidades que se fueron detectando con el análisis y descripción de los dos primeros objetivos; se realizarán flujogramas para la atención de víctimas vía telefónica, en el lugar del incidente y



para los primeros respondiente, estos flujogramas serán validados por 5 expertos a nivel nacional:

- 1 Especialista en Gestión de Riesgos y Licenciado en Emergencias Médicas
- 1 Magíster en Psicoterapia Integrativa con experticia en Psicología de Emergencias
- 1 Magister en Gestión de Riesgos y Desastres con experticia en Psicología de Emergencias
- 1 Magister en Gerencia de la Salud para el Desarrollo Local
- 1 Psicóloga Clínica de Planta Central del MSP

Todos los profesionales con 5 años o más de experiencia en emergencias.

Finalmente, la propuesta de protocolo al ser finalizada, incluidos los flujogramas, será sometida a una validación nivel nacional e internacional, por medio de 4 expertos y referentes internacionales en la temática:

- 1 Directora de Post Grado del Curso Avanzado en Primeros Auxilios Emocionales en Urgencias, Emergencias y Catástrofes de la Universidad de Buenos Aires – Argentina.
- 1 Directora de Seguridad y Bienestar del Cuerpo del Cuerpo de Bomberos Voluntarios de Paraguay.
- 1 Docente de la Universidad Técnica del Norte - Voluntario de la Cruz Roja Ecuatoriana.
- 1 Técnica en Emergencias Médica y Psicóloga Clínica del Cuerpo de Bomberos de Quito – ERU activo de la Federación Internacional de Cruz Roja y Media Luna Roja.



Quienes por su vasta experiencia en la temática a nivel de Latinoamérica tienen el juicio y criterio para aportar con este protocolo.

Bibliografía

Aldana, Y. (2011). La violencia de género, una verdad ineludible. Enumed, 1.

Aleman, M., Vernaz, D., Tilli, G., Mazur, V., Ross, B., Marconi, A., Antman., J. (2010).
Detección de violencia basada en género. análisis de situación del sistema de atención
primaria de salud en ciudad de Buenos Aires. msal, 26.

Altamirano, M. (2011). Abuso sexual de menores . Cordoba: Averoni ediciones .

Álvarez, E., Arbach, C. B., & Pueyo., A. (2010). Detección de la Violencia contra la Pareja por
Profesionales de la Salud. Barcelona.

Asamblea Nacional del Ecuador . (2018). Ley para prevenir y erradicar la violencia. Quito.

Asociación para la Eliminación de la Prostitución, Pornografía, Turismo, Tráfico Sexual de
Niñas, Niños y Adolescentes - ECPAT/Guatemala. (2010). Revictimización que es y
como prevenirla. Guatemala : ECPAT.

Ávila, R., Salgado, J., & Valladares., L. (2009). El género en el derecho. Quito: UNIFEM.

Beretervide, S. (2003). Violencia y derechos humanos para las mujeres . Revista Sexología y
Sociedad, 1,2.

Bourdieu, P. (2000). La dominación masculina . Barcelona : Editorial Anagrama.

Bucay, D. (2018). Chantaje emocional, perfiles tóxicos que debemos evitar. Mente sana , 1.



- Butler, J. (2006). Desahacer el género. Barcelona : Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Calvo, G., & Camacho., R. (2014). La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global* , 433.
- Castelló, R., & Gimeno, A. (2017). Manual de estilo para el tratamiento de la violencia machista y el lenguaje inclusivo en los medios de comunicación . Valencia : Castelló.
- Castillo, S., López, P.-M., Huertas, A., Urbano, A., Gallo, R., & Molina., M. (2002). Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias*.
- Castro, M. (2018). "Importancia de la articulación del sector Privado y Público en la erradicación de la violencia de la Mujer". Obtenido de <https://www.eluniverso.com/noticias/2018/11/13/nota/7048026/foro-se-analiza-violencia-contra-mujer-ecuador>
- COIP. (2014). Violencia psicológica . Art. 157, 41.
- Coll, B., Echeverría, T., Farràs, Ú., Rodríguez, D., Millá, J., & Santià., M. (2008). El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Science Direct*, 7.
- Coll, Blanca; Echeverría, Teresa; Farràs, Úrsula; Rodríguez, Dolores; Millá, José; Santià., Manel. (2008). El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. Barcelona: Revista ScienceDirect.
- Congreso Nacional del Estado Ecuatoriano. (2006). Ley Organiza de Salud. Quito.
- Córdova, O. (2017). La violencia económica y/o patrimonial contra las mujeres en el ámbito familiar. Lima : Unife.



- Díaz, N., Fernández, L., Fernández, I., Dominguez, J., & Santos., M. (2017). Conocimientos, opiniones y creencias de los profesionales de Atención Primaria en relación a la violencia de género. *Enfermería Comunitaria* , 35.
- Sistema Integrado de Seguridad ECU 911. (2017). Informe Anual de Gestión . Quito.
- Escobal, A., Molas, A., & Solari., M. (2000). Manual de conceptos básicos sobre violencia familiar en adolescentes. Montevideo.
- Espinosa, A. (2000). La construcción del género desde el ámbito educativo: una estrategia preventiva . Madrid : Emakunde .
- Garrido, M. (2011). Guía Básica de Primeros Auxilios PSicológicos en Violencia de Género. Madrid : Fundación Guardia Civil.
- Gonzalez, C. (2017). El ciclo de la violencia, la teoría de Leonor Walker. *Enfemenino* .
- Illescas, V. (2018). Comportamientos percibidos como acoso sexual en los institutos Técnicos y Tecnológicos de la Zona 6, Ecuador. 22.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2011). Encuesta nacional de relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres. Quito .
- Junta de Andalucía. (12 de enero de 2019). Violencia de Género Documentacion Red Ciudadana. Obtenido de https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Violencia_Genero_Documentacion_Red_Ciudadana_folleto.pdf
- Lavilla, S., Gaspar, A., & Jimeno., A. (2011). Perspectivas psicológicas de la violencia de género. Madrid.



Martínez, A. (2002). La violencia, Conceptualización y elementos para su estudio. Política y Cultura, 7,11.

Ministerio de Salud Pública. (2011). Protocolos de atención prehospitalaria para emergencias médicas. Quito.

Ministerio de Salud Pública. (2014). Atención Integral en Violencia de Género. Quito.

Ministerio de Salud Pública. (2014). ley orgánica integral para la prevención y erradicación de la violencia de género contra las mujeres . Quito .

Ministerio de Salud Pública. (2014). Norma Técnica para la atención de la Violencia. Quito.

Ministerio de Salud Pública. (2014). Procedimientos de Atención integral en violencia de género. Quito.

Ministerio de Salud Pública. (2016). Modelo de gestión, organización y funcionamiento: servicio de atención de salud móvil. Quito.

Ministerio de Salud Pública. (2017). Manual de Asesoría en Salud Sexual y Reproductiva . Quito.

Ministerio de Salud Pública. (2018). Estadísticas Nacionales de llamadas de emergencia por violencias de género. Quito : Centro Regulador de Emergencias del MSP en el SIS ECU 911.

Ministerio de Salud Pública.. (2018). Modelo de atención integral de Salud (MAIS). Quito: tercera edición.



- Nieto, M. (18 de febrero de 2018). No revictimizar a la víctima. ¿qué es la doble victimización en los procesos judiciales? Obtenido de <http://cenitpsicologos.com/no-revictimizar-a-la-victima-que-es-la-doble-victimizacion-en-los-procesos-judiciales/>
- Nóblega, M., & Muñoz., P. (2009). Una aproximación cualitativa a la violencia hacia la mujer en un asentamiento humano de villa el Salvador. Scielo , 105.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). ¿En qué consiste el enfoque de salud pública basado en el género? Ginebra .
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Washington,DC.
- Ortiz, S. (19 de Abril de 2019). El ECU 911 recibe un promedio de 14 llamadas cada hora por agresión a mujeres e integrantes de la familia. El Comercio .
- Peña, W. (2009). La violencia simbólica como reproducción Biopolítica del poder. Bioética , 70.
- Quintana, Y., Rosero, J., Serrano, J., & Pimentel., J. (2014). La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador. Quito.
- Rauber, I. (2003). Género y poder. Argentina .
- Rodriguez, A., & Carpio., J. (2014). Estudio Descriptivo del Soporte Médico y Psicológico en la Atención de Emergencias de Salud en el Sistema Integrado de Seguridad ECU 911 de Azuay y Cañar de Abril del 2012 – Abril del 2014. Rev Med HJCA, 130.
- Ruiz, Y. (2007). La violencia contra las mujeres en la sociedad: análisis y propuestas de prevención. Barcelona .



Subirats, M., & Tomé., A. (2010). Balones fuera, Reconstruir los espacios desde la coeducación .

Barcelona : Octaedro .

Torres, L., & Fernández., E. (2010). Lo que se debe saber sobre la violencia de género. España :

Imprenta Rubín SL.

Unidad de Igualdad y Género. (2017). Violencia patrimonial y económica contra Las mujeres.

Secretaria general de las Naciones Unidas, 2.

Venegas, U., Muñoz, E., Navarro, A., Nuño, B., & Navarro., C. (2007). Violencia contra la mujer y medicina familiar. Ginecol Obstet Mex, 376.

Walker, L. (1979). The Battered Woman.



Anexo 1: Cuestionario "Conocimientos, opiniones, barreras para la infra detección en personales sanitarios.



CONOCIMIENTOS, OPINIONES Y BARRERAS PARA LA INFRA DETECCIÓN EN PROFESIONALES SANITARIOS

R. Siendones Castillo, E. Perea-Milla López, J. L. Arjona Huertas, C. Agüera Urbano, A. Rubio Gallo, M. Molina Molina.

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS, OPINIONES Y BARRERAS PARA LA INFRA DETECCIÓN EN PROFESIONALES SANITARIOS			
1	CONOCES ALGUN CASO DE VIOLENCIA DE GENERO EN TU ENTORNO:		
	Sí ()		No ()
2	¿CUANTOS CASOS HABRAS VISTO EN LOS ULTIMOS 3 MESES DURANTE TU JORNADA LABORAL?:		
3	¿SABIAS QUE HAY PROTOCOLOS DE PRIMERA ACOGIDA EN LOS HOSPITALES DE ACTIVIDADES SOBRE: DETECCIÓN, AYUDA Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES VÍCTIMAS DE ABUSOS Y VIOLENCIA		
	Sí, ya lo sabía		No, es la primera noticia que tengo del tema
4	CONOCES EL PROTOCOLO INTERNO DE TU SERVICIO PARA LA ATENCIÓN SANITARIA DE ESTOS PACIENTES		
	Sí ()		No ()
5	CREES QUE EL SIGNIFICADO DE "VIOLENCIA DE GENERO Y MALOS TRATOS; " ES EL MISMO O CREES QUE HAY DIFERENCIAS ENTRE ELLOS		
	Son similares los tres ()		Hay diferencias ()
	Explique la respuesta:		
6	PIENSAS QUE LA VIOLENCIA DE GENERO EN NUESTRA SOCIEDAD ES UN PROBLEMA:		
	Muy frecuente ()		Bastante frecuente () Poco frecuente ()
7	CREES QUE LA MAYORIA DE LAS/LOS PACIENTES QUE LA SUFREN:		
	Comunican su situación ()		Pasan desapercibidas ()
8	¿SABES LO QUE ES EL FENOMENO "ICEBERG" EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO?		
	Sí ()		No ()
	Explique la respuesta:		
9	¿CONOCES CUAL PODRIA SER EL PORCENTAJE DE CASOS QUE NO SON DIAGNOSTICADOS CON LOS MEDIOS ACTUALES?		
	10 – 30% ()		30 – 50% () 50 – 70% ()
10	SABRIAS ORDENAR DE MAS A MENOS FRECUENTE LOS TIPOS DE VIOLENCIA (UN 1 PARA EL MÁS FRECUENTE Y UN 3 PARA EL MENOS FRECUENTE):		



	Físico ()	Sexual ()	Psicológico ()
11	SE ASOCIAN MAS LA VIOLENCIA DOMESTICA A CLASES SOCIALES ...		
	Altas ()	Bajas ()	Las dos por igual ()
12	¿CUAL DE ESTOS TRES FACTORES CREE QUE INFLUYE MAS EN QUE EXISTAN MALOS TRATOS EN NUESTRO MEDIO?		
	Nivel sociocultural bajo ()	Estar en trámites de separación o Divorcio ()	Nivel socioeconómico bajo ()
13	CONOCES LAS REPERCUSIONES LEGALES QUE PUEDE DERIVAR DE NO DECLARAR UN CASO EVIDENTE DE VIOLENCIA DOMÉSTICA		
	Sí ()	No ()	
14	CONOCES LAS OBLIGACIONES LEGALES DE LOS SANITARIOS ANTE LA MERA SOSPECHA DE UN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO		
	Sí ()	No ()	
15	¿CREE QUE ES IMPORTANTE EL PROBLEMA?:		
	Muy importante ()	Algo importante ()	Poco importante ()
16	EN TU TRABAJO HABITUALMENTE MANTIENES UNA ACTITUD EXPECTANTE PARA DIAGNOSTICAR ESTOS CASOS:		
	Sí ()	No ()	A veces ()
17	EN TU TRABAJO, ANTE UN/A PACIENTE CON LESIONES FÍSICAS, TE PLANTEAS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL LA POSIBILIDAD DE QUE SEA UN MALTRATO		
	Sí ()	No ()	A veces ()
18	EL PROTOCOLO DE VIOLENCIA DE GÉNERO LO APLICAS EN TU TRABAJO HABITUAL:		
	Sí ()	No ()	A veces ()
19	A LA HORA DE IDENTIFICAR Y SOLUCIONAR ESTE PROBLEMA, CREE QUE ES UN ASUNTO MÁS DE LA/LOS		
	Policías	Jueces	Psicólogos
	Trabajadores sociales	Sanitarios	Todos
20	¿CUAL DE ESTAS OPINIONES CREE QUE SE ADAPTA MAS A LA SITUACIÓN ACTUAL DE ESTE PROBLEMA, EN RELACIÓN A LA INFRADETECCIÓN?		
	a. La violencia de género es un problema creciente en nuestra sociedad, habiéndose establecido ya los medios y mecanismos de ayuda adecuados para estas pacientes. Creo que las pacientes que sufren malos tratos deberían insistir más, tener una postura más firme y solicitar más la ayuda de la sociedad.		
	b. Es obvio cómo en la última década, tanto en el ámbito político como social, se está produciendo un cambio favorable y de apoyo hacia las pacientes víctimas de violencia de género. A pesar de ello y aunque están mejorado los indicadores sobre detección de nuevos casos, aún no son lo suficientemente satisfactorios. Creo que es necesario seguir mejorando los sistemas de detección y la coordinación entre los distintos estamentos y profesionales implicados.		



	c. A pesar de que todavía son insuficientes los recursos, la sociedad está cambiando y mejorando la coordinación entre los distintos sistemas implicados en la detección de pacientes que sufren violencia de género. Estas pacientes piensan que su problema no tiene solución y que la sociedad no las respalda. Creo que ellas necesitarían cambiar este concepto erróneo y deberían darse cuenta de las posibilidades que existen.	
	d. Aún siguen siendo insuficientes los medios y recursos disponibles para abordar este gran problema social. Creo que las pacientes que sufren violencia de género no disponen todavía de las facilidades necesarias y precisan más ayuda.	
21	¿CUALES CREE QUE SON LAS PRINCIPALES FUNCIONES DE LOS SANITARIOS Y LAS URGENCIAS EN ESTE PROBLEMA?	
22	SI QUISIERAS MODIFICAR EL COMPORTAMIENTO DE LOS SANITARIOS, AUMENTANDO SU GRADO DE CONCIENCIACIÓN. ¿CON QUÉ 3 RAZONAMIENTOS LO HARÍAS?	
23	CREE QUE HAY PROBLEMAS ORGANIZATIVOS O ESTRUCTURALES EN TU TRABAJO QUE IMPIDEN DIAGNOSTICAR ESTOS CASOS:	
	Si ()	No ()
	Explique la respuesta:	
24	SI PUDIERAS CAMBIAR EL ORGANIZACION FUNCIONAL DE TU LUGAR DE TRABAJO. ¿QUÉ CAMBLARÍAS PARA MEJORAR LA CAPACIDAD DE IDENTIFICACIÓN DE ESTAS PACIENTES?	
	CATEGORIA PROFESIONAL	
	Paramédico/a ()	Conductor/ra () Pasante ()





Anexo 2 cuestionario "opiniones y creencias de los profesionales"



OPINIONES Y CREENCIAS DE LOS PROFESIONALES.

Natalia Díaz Vigón, Lidia Fernández Gutiérrez, Rosa Isabel Fernández Raigada, Juan Rubio Domínguez, María Isabel Santos Granda



#	PREGUNTA	DE ACUERDO	EN DESACUERDO
1	Si una víctima de VG no reconoce el abuso, es poco lo que puedo hacer para ayudar.		
2	Soy capaz de identificar VG sin necesidad de preguntar a la paciente sobre ello.		
3	Pacientes que abusan del alcohol u otras drogas es probable que tengan antecedentes de VG.		
4	Me siento cómodo/a hablando de VG con mis pacientes.		
5	Si una víctima de VG permanece con su pareja después de episodios repetidos de violencia, debe aceptar la responsabilidad por esa violencia		
6	El personal sanitario no tiene tiempo para apoyar a sus pacientes en relación a la VG.		
7	Si la paciente se niega a hablar sobre el abuso, el personal sanitario lo único que puede hacer es tratar las lesiones físicas.		
8	Las víctimas de abuso podrían dejar la relación si así lo quisieran.		
9	El personal sanitario tiene la responsabilidad de preguntar a todas las pacientes sobre VG.		
10	El abuso de alcohol es una causa principal de VG.		
11	Estoy demasiado ocupado/a para participar en un equipo multidisciplinario para manejar casos de VG.		
12	Hacer screening/ tamizaje de VG probablemente ofenderá a las personas a quienes se les pregunta.		
13	Tengo a mi disposición un espacio privado adecuado para dar atención a las víctimas de VG.		
14	Las mujeres que deciden alejarse de los roles tradicionales son una causa principal de VG.		
15	El personal sanitario no tiene el conocimiento para ayudar a las pacientes en relación a la VG.		
16	Puede adaptar mis intervenciones terapéuticas dependiendo de la fase en la que se encuentre la persona con VG.		
17	Puedo reconocer a una víctima de VG por la manera de comportarse.		





Anexo 3 Protocolo de validación de los Instrumentos

Anexo 3

 UNIVERSIDAD DE CUENCA
MAESTRIA DE EDUCACION SEXUAL 

PROTOCOLO DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

**CONOCIMIENTOS, OPINIONES Y BARRERAS PARA LA INFRA
DETECCIÓN EN PROFESIONALES SANITARIOS
Y
OPINIONES Y CREENCIAS DE LOS PROFESIONALES.**

PsCl. Andrés Felipe Cabrera Velecela Msg.
MAGISTER EN EDUCACIÓN SEXUAL

Reciba un cordial saludo, el motivo de la presente tiene por bien solicitarle su punto de vista y la validación desde su experticia, de las herramientas "Conocimientos, Opiniones y Barreras para la Infra Detección en Profesionales Sanitarios" y "Opiniones y Creencias de los Profesionales" las misma que serán los instrumentos a utilizar para mi tesis de la Maestría de Educación Sexual, que tiene como título "PRÁCTICAS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA EN EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO, QUITO 2018-2019", por lo que muy amablemente le solicito su participación.

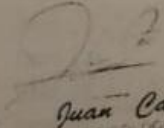
Se agradece las observaciones y se anexa a este documento, con el objetivo de mejorar el mismos en el caso de ser necesario, en aras de conseguir un producto adecuado sobre la temática en cuestión.

Se deben considerar los siguientes aspectos:

- a) Presentación
- b) Redacción y ortografía
- c) Sencillez de los flujos
- d) Que no presente ambigüedad
- e) Correspondencia de los ítems con el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación.
- f) Objeciones
- g) Recomendaciones

Por su colaboración muchas gracias.

Sinceramente,


Juan Carpio E
PSICÓLOGO
Reg. # 2786

Ps.Cl. Juan Diego Carpio Espinoza
Maestrante de Educación Sexual de la Segunda Cohorte



Nombre y Apellido del Validador: Andrés Felipe Calero Velasco

CI: 0302011820 Especialista en: Educación Social

Firma: [Firma]

Escala de Categoría

CÓDIGO	APRECIACIÓN CUALITATIVA
B	Bueno: El indicador se presenta en grado igual o ligeramente superior al mínimo aceptable.
R	Regular: El indicador no llega al mínimo aceptable pero se acerca a él.
D	Deficiencia: El indicador está lejos de alcanzar el mínimo aceptable.

Fuente: Stracuzzi y Martins (2003)

Juicio de Experto

CONOCIMIENTOS, OPINIONES Y BARRERAS PARA LA INFRA DETECCIÓN EN PROFESIONALES SANITARIOS

Ítems	Pertinencia			Redacción			Adecuación		
	B	R	D	B	R	D	B	R	D
Ítem 1	X			X			X		
Ítem 2	X			X			X		
Ítem 3	X			X			X		
Ítem 4	X			X			X		
Ítem 5	X				X		X		
Ítem 6	X			X			X		
Ítem 7	X			X			X		
Ítem 8	X			X			X		
Ítem 9	X				X		X		
Ítem 11	X			X			X		
Ítem 11	X			X			X		
Ítem 12	X			X			X		
Ítem 13	X			X			X		
Ítem 14	X			X			X		
Ítem 15	X			X			X		
Ítem 16	X			X			X		
Ítem 17	X			X			X		
Ítem 18	X			X			X		
Ítem 19	X			X			X		



Ítem 20	X		X		X
Ítem 21	X		X		X
Ítem 22	X			X	X
Ítem 23	X		X		X
Ítem 24	X			X	X

Fuente: Pineda de Hernández, Saramay (2006)

OPINIONES Y CREENCIAS DE LOS PROFESIONALES.

Ítems	Pertinencia			Redacción			Adecuación		
	B	R	D	B	R	D	B	R	D
Ítem 1	X			X			X		
Ítem 2	X			X			X		
Ítem 3	X			X			X		
Ítem 4	X			X			X		
Ítem 5	X			X			X		
Ítem 6	X			X			X		
Ítem 7	X			X			X		
Ítem 8	X			X			X		
Ítem 9	X			X			X		
Ítem 11	X			X			X		
Ítem 11	X			X			X		
Ítem 12	X			X			X		
Ítem 13	X			X			X		
Ítem 14	X			X			X		
Ítem 15	X			X			X		
Ítem 16	X			X			X		
Ítem 17	X			X			X		

Fuente: Pineda de Hernández, Saramay (2006)

Observaciones: Contenido claro y directo, con la redacción
para el entendimiento del usuario.

Recomendaciones: Ninguna.



Anexo 3



UNIVERSIDAD DE CUENCA
MAESTRIA DE EDUCACION SEXUAL



**PROTOCOLO DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS
CONOCIMIENTOS, OPINIONES Y BARRERAS PARA LA INFRA
DETECCIÓN EN PROFESIONALES SANITARIOS
Y
OPINIONES Y CREENCIAS DE LOS PROFESIONALES.**

Lcda. Diana Karina Becerra Puya Msg.
MAGISTER EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

Reciba un cordial saludo, el motivo de la presente tiene por bien solicitarle su punto de vista y la validación desde su experticia, de las herramientas "Conocimientos, Opiniones y Barreras para la Infra Detección en Profesionales Sanitarios" y "Opiniones y Creencias de los Profesionales" las misma que serán los instrumentos a utilizar para mi tesis de la Maestría de Educación Sexual, que tiene como título "PRÁCTICAS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA EN EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO, QUITO 2018-2019", por lo que muy amablemente le solicito su participación.

Se agradece las observaciones y se anexa a este documento, con el objetivo de mejorar el mismos en el caso de ser necesario, en aras de conseguir un producto adecuado sobre la temática en cuestión.

Se deben considerar los siguientes aspectos:

- a) Presentación
- b) Redacción y ortografía
- c) Sencillez de los flujos
- d) Que no presente ambigüedad
- e) Correspondencia de los ítems con el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación.
- f) Objeciones
- g) Recomendaciones

Por su colaboración muchas gracias.

Sinceramente,

Juan Carpio E
Psicólogo(a) en
Reg. # 2746

Ps.Cl. Juan Diego Carpio Espinoza
Maestrante de Educación Sexual de la Segunda Cohorte



Nombre y Apellido del Validador: Diana Karina Becerra Pulla

CI: 0105277727 Especialista en: Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad

Firma:

Escala de Categoría

CÓDIGO	APRECIACIÓN CUALITATIVA
B	Bueno: El indicador se presenta en grado igual o ligeramente superior al mínimo aceptable.
R	Regular: El indicador no llega al mínimo aceptable pero se acerca a él.
D	Deficiencia: El indicador está lejos de alcanzar el mínimo aceptable.

Fuente: Stracuzzi y Martins (2003)

Juicio de Experto

CONOCIMIENTOS, OPINIONES Y BARRERAS PARA LA INFRA DETECCIÓN EN PROFESIONALES SANITARIOS

Ítems	Pertinencia			Redacción			Adecuación		
	B	R	D	B	R	D	B	R	D
Ítem 1	X			X			X		
Ítem 2	X			X			X		
Ítem 3	X			X			X		
Ítem 4	X			X			X		
Ítem 5		X		X			X		
Ítem 6	X			X			X		
Ítem 7	X			X			X		
Ítem 8	X			X			X		
Ítem 9	X			X			X		
Ítem 11	X			X			X		
Ítem 11	X			X			X		
Ítem 12	X			X			X		
Ítem 13	X			X			X		
Ítem 14	X			X			X		
Ítem 15	X				X		X		
Ítem 16	X			X			X		
Ítem 17	X			X			X		
Ítem 18	X			X			X		
Ítem 19	X			X			X		



Ítem 20	X			X			X		
Ítem 21	X			X			X		
Ítem 22	X			X			X		
Ítem 23	X			X			X		
Ítem 24	X			X			X		

Fuente: Pineda de Hernández, Saramay (2006)

OPINIONES Y CREENCIAS DE LOS PROFESIONALES.

Ítems	Pertinencia			Redacción			Adecuación		
	B	R	D	B	R	D	B	R	D
Ítem 1	X			X			X		
Ítem 2	X			X			X		
Ítem 3	X			X			X		
Ítem 4	X			X				X	
Ítem 5	X			X			X		
Ítem 6	X			X			X		
Ítem 7	X			X			X		
Ítem 8	X			X			X		
Ítem 9	X			X			X		
Ítem 11	X			X			X		
Ítem 11	X			X			X		
Ítem 12	X			X			X		
Ítem 13	X			X			X		
Ítem 14	X			X			X		
Ítem 15	X			X			X		
Ítem 16	X			X			X		
Ítem 17	X			X					

Fuente: Pineda de Hernández, Saramay (2006)

Observaciones: Excelente herramienta para la investigación en este campo.

Recomendaciones: Ninguna



Anexo 3



UNIVERSIDAD DE CUENCA
MAESTRIA DE EDUCACION SEXUAL



**PROTOCOLO DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS
CONOCIMIENTOS, OPINIONES Y BARRERAS PARA LA INFRA
DETECCIÓN EN PROFESIONALES SANITARIOS
Y
OPINIONES Y CREENCIAS DE LOS PROFESIONALES.**

Dra. Johanna Priscila Ávila Vinueza Msg.
MAGISTER EN GERENCIA EN SALUD EN DESARROLLO LOCAL

Reciba un cordial saludo, el motivo de la presente tiene por bien solicitarle su punto de vista y la validación desde su experticia, de las herramientas "Conocimientos, Opiniones y Barreras para la Infra Detección en Profesionales Sanitarios" y "Opiniones y Creencias de los Profesionales" las misma que serán los instrumentos a utilizar para mi tesis de la Maestría de Educación Sexual, que tiene como título "PRÁCTICAS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA EN EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO, QUITO 2018-2019", por lo que muy amablemente le solicito su participación.

Se agradece las observaciones y se anexa a este documento, con el objetivo de mejorar el mismos en el caso de ser necesario, en aras de conseguir un producto adecuado sobre la temática en cuestión.

Se deben considerar los siguientes aspectos:

- a) Presentación
- b) Redacción y ortografía
- c) Sencillez de los flujos
- d) Que no presente ambigüedad
- e) Correspondencia de los ítems con el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación.
- f) Objeciones
- g) Recomendaciones

Por su colaboración muchas gracias.

Sinceramente,

Juan Carpio E
PSICÓLOGO CLÍNICO
Reg. N° 2786

Ps.Cl. Juan Diego Carpio Espinoza
Maestrante de Educación Sexual de la Segunda Cohorte



Nombre y Apellido del Validador: Johanna Páez Avila Vinuesa
CI: 010432084-1 Especialista en: Magister en Gerencia en Salud para el desarrollo
Firma: [Firma] Neuróloga
[Firma] Dr. Johanna Páez Avila Vinuesa
C.I. 010432084-1
SanesCyT: 1921137341
NEURÓLOGA

Escala de Categoría

CÓDIGO	APRECIACIÓN CUALITATIVA
B	Bueno: El indicador se presenta en grado igual o ligeramente superior al mínimo aceptable.
R	Regular: El indicador no llega al mínimo aceptable pero se acerca a él.
D	Deficiencia: El indicador está lejos de alcanzar el mínimo aceptable.

Fuente: Stracuzzi y Martins (2003)

Juicio de Experto

CONOCIMIENTOS, OPINIONES Y BARRERAS PARA LA INFRA DETECCIÓN EN PROFESIONALES SANITARIOS

Ítems	Pertinencia			Refacción			Adecuación		
	B	R	D	B	R	D	B	R	D
Ítem 1	✓			✓			✓		
Ítem 2	✓			✓			✓		
Ítem 3	✓			✓			✓		
Ítem 4	✓			✓			✓		
Ítem 5	✓			✓			✓		
Ítem 6	✓			✓			✓		
Ítem 7	✓			✓			✓		
Ítem 8	✓			✓			✓		
Ítem 9	✓			✓			✓		
Ítem 11	✓			✓			✓		
Ítem 11	✓			✓			✓		
Ítem 12	✓			✓			✓		
Ítem 13	✓			✓			✓		
Ítem 14	✓			✓			✓		
Ítem 15	✓			✓			✓		
Ítem 16	✓			✓			✓		
Ítem 17	✓			✓			✓		
Ítem 18	✓			✓			✓		
Ítem 19	✓			✓			✓		



Ítem 20	✓	✓	✓
Ítem 21	✓	✓	✓
Ítem 22	✓	✓	✓
Ítem 23	✓	✓	✓
Ítem 24	✓	✓	✓

Fuente: Pineda de Hernández, Saramay (2006)

OPINIONES Y CREENCIAS DE LOS PROFESIONALES.

Ítems	Pertinencia			Redacción			Adecuación		
	B	R	D	B	R	D	B	R	D
Ítem 1	✓			✓			✓		
Ítem 2	✓			✓			✓		
Ítem 3	✓			✓			✓		
Ítem 4	✓			✓			✓		
Ítem 5	✓			✓			✓		
Ítem 6	✓			✓			✓		
Ítem 7	✓			✓			✓		
Ítem 8	✓			✓			✓		
Ítem 9	✓			✓			✓		
Ítem 11	✓			✓			✓		
Ítem 11	✓			✓			✓		
Ítem 12	✓			✓			✓		
Ítem 13	✓			✓			✓		
Ítem 14	✓			✓			✓		
Ítem 15	✓			✓			✓		
Ítem 16	✓			✓			✓		
Ítem 17	✓			✓			✓		

Fuente: Pineda de Hernández, Saramay (2006)

Observaciones:

La herramienta usa un lenguaje claro, coherente y acorde a la población que será beneficiada.

Recomendaciones:

- Socializar el contenido de la herramienta para que pueda ser usada de forma constante dentro de la evaluación médica de los pacientes.

Dra. Johanna Ávila V.
NEURÓLOGA
Senescyt: 1921137341
C. I. 0104320841



Cuenca 22 de octubre de 2018

MSc. Gonzalo Reyes
DIRECTOR DE POSGRADOS DE FILOSOFÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA

Su despacho,

De mi consideración:

En calidad de tutora del diseño previo al trabajo de graduación del maestrante Juan Diego Carpio Espinoza de la II cohorte en Educación Sexual, informo que he revisado y aprobado la entrega del diseño titulado **“Actuación y Conocimientos de los/las Profesionales de Atención Pre Hospitalaria en el Abordaje Inicial de la Violencia de Género en Emergencias, Quito 2018-2019”**, adicional indico que se contó con el acompañamiento del MSc. Henry Cadena Povea, el mismo que es Docente de la Universidad Técnica del Norte, con quien se sumaron esfuerzos para revisión del diseño presentado, y a quien sugiero como Director de la Tesis para los fines pertinentes.

Me despido deseándole éxitos en sus labores cotidianas.

Atentamente

MSc/ Ana Lucía Iniguez
TUTORA DEL DISEÑO DE TESIS



Anexo 4 Validación internacional del protocolo de primeros auxilio psicológicos en violencia de género



UNIVERSIDAD DE CUENCA
MAESTRIA DE EDUCACION SEXUAL



PROTOCOLO DE VALIDACIÓN

Lcda. Alicia Galfaso

DIRECTORA DE POST GRADO DE CURSO AVANZADO EN PRIMEROS AUXILIOS EMOCIONALES EN URGENCIAS, EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES – ARGENTINA

Reciba un cordial saludo, el motivo de la presente tiene por bien solicitarle la validación del protocolo de PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS PARA LA ATENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO, por lo que muy amablemente le solicito su participación desde la experticia y amplia experiencia en el tema.

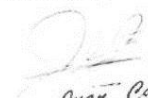
Su criterio es de suma importancia con el fin de validar este protocolo a nivel nacional e internacional con el fin de aportar con esta valiosa herramienta para Latinoamérica.

Se deben considerar los siguientes aspectos:

- a) Presentación
- b) Redacción y ortografía
- c) Sencillez de los flujos
- d) Que no presente ambigüedad
- e) Correspondencia de los ítems con el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación.
- f) Objeciones
- g) Recomendaciones

Por su colaboración muchas gracias.

Sinceramente,


Juan Carpio E
Psicólogo
Reg. # 2786

PsCl. Juan Diego Carpio Espinoza
Maestrante de Educación Sexual
de la Segunda Cohorte Universidad de Cuenca

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Facultad de Pedagogía
Ciencias y Tecnología
COORDINACIÓN PSICOLOGÍA GENERAL
Ibarra - Ecuador

Msg. Henry Cadena Povea
Director de Tesis



Nombre y Apellido del Validador: _____ Alicia Galfasó _____

CI: _____ Especialista en: Licenciada - Directora de Post Grado de Curso
Avanzado en Primeros Auxilios Emocionales en Urgencias, Emergencias y Catástrofes
de la Universidad de Buenos Aires - Argentina

Firma: _____

Escala de Categoría

CÓDIGO	APRECIACIÓN CUALITATIVA
B	Bueno: El indicador se presenta en grado igual o ligeramente superior al mínimo aceptable.
R	Regular: El indicador no llega al mínimo aceptable pero se acerca a él.
D	Deficiencia: El indicador está lejos de alcanzar el mínimo aceptable.

Fuente: Stracuzzi y Martins (2003)

Juicio de Experto

Ítems	Pertinencia			Redacción			Adecuación		
	B	R	D	B	R	D	B	R	D
Definiciones	X			X			X		
Primeros Auxilios Psicológicos en Violencia de Género	X			X			X		
Protocolo de actuación PAP	X			X			X		
Flujograma de Primeros Auxilios Psicológicos en Violencia de Género	X			X			X		
Atención Vía Telefónica									
Flujograma de Primeros Auxilios Psicológicos en Violencia de	X			X			X		



Género Primer Respondiente de Atención Pre Hospitalaria	X	X	X		
Flujograma de Primeros Auxilios	X	X	X		
Psicológicos en Violencia de Género	X	X	X		
Atención al Interviniente (Paramédicos, Bomberos, Policías)	X	X	X		
Técnicas breves para intervención en violencia de género	X	X	X		
Técnicas para el Cuidado y Autocuidado del Interviniente	X	X	X		

Fuente: Pineda de Hernández, Saramay (2006)

Observaciones: EL PROTOCOLO PRESENTA UNA MUY ADECUADA Y PERTINENTE INFORMACIÓN. EL LENGUAJE CLARO Y CONCRETO PERMITE SU USO E IMPLEMENTACIÓN.
LO CONSIDERO UNA GRAN HERRAMIENTA, SOLO SUGIERO CONFECCIONAR UNA VERSIÓN DE ESTE ORIGINAL MAS BREVE PARA PODER SER IMPLEMENTADO DE MODO OPERATIVO AL MOMENTO DE UNA INTERVENCIÓN.
EXCELENTE Y VALIOSO MATERIAL.

Recomendaciones: EN RELACIÓN A LAS OBSERVACIONES, SUGIERO QUE DADA LA IMPORTANCIA Y GRAN UTILIDAD DE ESTE MATERIAL, SE PUEDA CONTAR CON VERSIONES BREVES, ADAPTADAS A CASOS ESPECÍFICOS Y QUE PERTENZCAN AL PROFESIONAL ACCEDER RÁPIDAMENTE A UNA GUÍA DE INTERVENCIÓN.
FELICITACIONES POR ESTE TAN NECESARIO PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN



PROTOCOLO DE VALIDACIÓN

Lcda. Pscl. Malvina Caballero
**DIRECTORA DE SALUD Y BIENESTAR OCUPACIONAL DEL
CUERPO DE BOMBEROS DE PARAGUAY**

Reciba un cordial saludo, el motivo de la presente tiene por bien solicitarle la validación del protocolo de PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS PARA LA ATENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO, por lo que muy amablemente le solicito su participación desde la experticia y amplia experiencia en el tema.

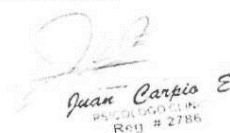
Su criterio es de suma importancia con el fin de validar este protocolo a nivel nacional e internacional con el fin de aportar con esta valiosa herramienta para Latinoamérica.

Se deben considerar los siguientes aspectos:

- a) Presentación
- b) Redacción y ortografía
- c) Sencillez de los flujos
- d) Que no presente ambigüedad
- e) Correspondencia de los ítems con el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación.
- f) Objeciones
- g) Recomendaciones

Por su colaboración muchas gracias.

Sinceramente,



Juan Carpio E
Psicólogo
Reg. # 2786

PsCl. Juan Diego Carpio Espinoza
Maestrante de Educación Sexual
de la Segunda Cohorte Universidad de Cuenca



Msg. Henry Cadena Povea
Director de Tesis



Nombre y Apellido del Validador: Lic. Malvina Caballero
CI: 1.241.145 Especialista en: Directora de Salud y Bienestar Ocupacional del
Cuerpo de Bomberos de Paraguay. Directora de la Direcc. de Establecimientos
de Salud - Ministerio de Salud Pública
Firma: Malvina Caballero de Paraguay.

Escala de Categoría

CÓDIGO	APRECIACIÓN CUALITATIVA
B	Bueno: El indicador se presenta en grado igual o ligeramente superior al mínimo aceptable.
R	Regular: El indicador no llega al mínimo aceptable pero se acerca a él.
D	Deficiencia: El indicador está lejos de alcanzar el mínimo aceptable.

Fuente: Stracuzzi y Martins (2003)

Juicio de Experto

Items	Pertinencia			Redacción			Adecuación		
	B	R	D	B	R	D	B	R	D
Definiciones	✓			✓			✓		
Primeros Auxilios Psicológicos en Violencia de Género	✓			✓			✓		
Protocolo de actuación PAP	✓			✓			✓		
Flujograma de Primeros Auxilios Psicológicos en Violencia de Género									
Atención Via Telefónica	✓			✓			✓		
Flujograma de Primeros Auxilios Psicológicos en Violencia de Género									
Primer Respondiente de Atención Pre Hospitalaria	✓			✓			✓		

Flujograma de Primeros Auxilios			
Psicológicos en Violencia de Género			
Atención al Interviniente (Paramédicos, Bomberos, Policías)	✓	✓	✓
Técnicas breves para intervención en violencia de género			
Técnicas para el Cuidado y Autocuidado del Interviniente	✓	✓	✓

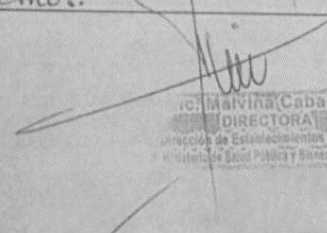
Fuente: Pineda de Hernández, Saramay (2006)

Observaciones:

- 1- Aplicable, apropiado y práctico para
todas las etapas de la intervención.
- 2- Guía de fácil aplicación
- 3- Establece todos los parámetros de acción
y constituye como una herramienta recomen-
-dada para un abordaje integral, con acciones
interesantes de prevención, mitigación y
respuesta.

Recomendaciones:

- 1- Difusión para su uso ante eventuales casos.
Ediciones en la elaboración de esta guía
que sera de mucha ayuda en el ambito de los
luchados emocionales.
Desde Asunción Paraguri, mi compromiso para
seguir trabajando en esta actividad pero
gratificante tarea, sigamos construyendo de
manera mancomunada ese mundo en el cual
soñamos y merecemos.


Dra. Maivina Caballero
DIRECTORA
Dirección de Establecimientos de Salud
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social



PROTOCOLO DE VALIDACIÓN DE FLUJOGRAMAS

Msg. Guillermo Yáñez

DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE – VOLUNTARIO DE CRUZ ROJA ECUATORIANA

Reciba un cordial saludo, el motivo de la presente tiene por bien solicitarle la validación del protocolo de PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS PARA LA ATENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO, por lo que muy amablemente le solicito su participación desde la experticia y amplia experiencia en el tema.

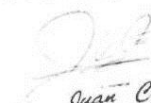
Su criterio es de suma importancia con el fin de validar este protocolo a nivel nacional e internacional con el fin de aportar con esta valiosa herramienta para Latinoamérica.

Se deben considerar los siguientes aspectos:

- a) Presentación
- b) Redacción y ortografía
- c) Sencillez de los flujos
- d) Que no presente ambigüedad
- e) Correspondencia de los ítems con el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación.
- f) Objeciones
- g) Recomendaciones

Por su colaboración muchas gracias.

Sinceramente,


Juan Carpio E
Psicólogo E
Reg # 2786

PsCl. Juan Diego Carpio Espinoza
Maestrante de Educación Sexual
de la Segunda Cohorte Universidad de Cuenca



Msg. Henry Cadena Povea
Director de Tesis

Nombre y Apellido del Validador: Guillermo Yáñez

CI: 1713302568 Docente de la Universidad Técnica del Norte – Voluntario de Cruz Roja Ecuatoriana

Firma: 

DR. GUILLERMO YÁÑEZ
PSICÓLOGO CLÍNICO
COLEP@CU-PSE

Escaña de Categoría

CÓDIGO	APRECIACIÓN CUALITATIVA
B	Bueno: El indicador se presenta en grado igual o ligeramente superior al mínimo aceptable.
R	Regular: El indicador no llega al mínimo aceptable pero se acerca a él.
D	Deficiencia: El indicador está lejos de alcanzar el mínimo aceptable.

Fuente: Stracuzzi y Martins (2003)

Juicio de Experto

Items	Pertinencia			Redacción			Adecuación		
	B	R	D	B	R	D	B	R	D
Definiciones	X			X			X		
Primeros Auxilios Psicológicos en Violencia de Género	X			X			X		
Protocolo de actuación PAP	X			X			X		
Flujograma de Primeros Auxilios Psicológicos en Violencia de Género	X			X			X		
Atención Vía Telefónica									
Flujograma de Primeros Auxilios Psicológicos en Violencia de Género Primer	X			X			X		



Respondiente de Atención Pre Hospitalaria									
Flujograma de Primeros Auxilios									
Psicológicos en Violencia de Género	X			X			X		
Atención al Interviniente (Paramédicos, Bomberos, Policías)									
Técnicas breves para intervención en violencia de género	X			X			X		
Técnicas para el Cuidado y Autocuidado del Interviniente	X			X			X		

Fuente: Pineda de Hernández, Saramay (2006)

Observaciones:

TECNICAMENTE, EL TRABAJO ESTA CORRECTAMENTE SUSTENTADO.
SIN DUDA ALGUNOS LOS PROTOCOLOS Y TÉCNICAS EXPUESTAS EN ESTE DOCUMENTO
SERÁN DE GRAN VALÍA PARA LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN LA
TEMÁTICA.

Recomendaciones:

AUN CUANDO LAS DEFINICIONES SON ADECUADAS, RECOMIENDO QUE SE LAS
REVISE PARA QUE SEAN DE MEJOR ENTENDIMIENTO PARA TODOS LOS
LECTORES.



Anexo 4



UNIVERSIDAD DE CUENCA
MAESTRIA DE EDUCACION SEXUAL



PROTOCOLO DE VALIDACIÓN

TEM – PsCl. Rocio Villacis
PSICOLOGA CLINICA DEL CUERPO DE BOMBEROS METROPOLITANO DE QUITO

Reciba un cordial saludo, el motivo de la presente tiene por bien solicitarle la validación del protocolo de PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS PARA LA ATENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO, por lo que muy amablemente le solicito su participación desde la experticia y amplia experiencia en el tema.

Su criterio es de suma importancia con el fin de validar este protocolo a nivel nacional e internacional con el fin de aportar con esta valiosa herramienta para Latinoamérica.

Se deben considerar los siguientes aspectos:

- a) Presentación
- b) Redacción y ortografía
- c) Sencillez de los flujos
- d) Que no presente ambigüedad
- e) Correspondencia de los ítems con el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación.
- f) Objeciones
- g) Recomendaciones

Por su colaboración muchas gracias.

Sinceramente,


Juan Carpio E
PSICOLOGO CLINICO
Roj # 2786

PsCl. Juan Diego Carpio Espinoza
Maestrante de Educación Sexual
de la Segunda Cohorte Universidad de Cuenca



Msg. Henry Cadena Povea
Director de Tesis



Nombre y Apellido del Validador: _____ Rocio Villacis _____
CI: 15688923 Especialista en: Técnica en Emergencias Médicas – Psicóloga
Clínica del Cuerpo de Bomberos de Quito.
Firma: [Firma]

Escala de Categoría

CÓDIGO	APRECIACIÓN CUALITATIVA
B	Bueno: El indicador se presenta en grado igual o ligeramente superior al mínimo aceptable.
R	Regular: El indicador no llega al mínimo aceptable pero se acerca a él.
D	Deficiencia: El indicador está lejos de alcanzar el mínimo aceptable.

Fuente: Stracuzzi y Martins (2003)

Juicio de Experto

Items	Pertinencia			Redacción			Adecuación		
	B	R	D	B	R	D	B	R	D
Definiciones	X			X			X		
Primeros Auxilios Psicológicos en Violencia de Género	X			X			X		
Protocolo de actuación PAP	X			X			X		
Flujograma de Primeros Auxilios Psicológicos en Violencia de Género	X			X			X		
Atención Vía Telefónica									
Flujograma de Primeros Auxilios Psicológicos en Violencia de Género Primer Respondiente	X			X			X		



de Atención Pre Hospitalaria								
Flujograma de Primeros Auxilios								
Psicológicos en Violencia de Género								
Atención al Interviniente (Paramédicos, Bomberos, Policías)	X		X			X		
Técnicas breves para intervención en violencia de género	X			X		X		
Técnicas para el Cuidado y Autocuidado del Interviniente	X		X			X		

Fuente: Pineda de Hernández, Saramay (2006)

Observaciones:

Es un protocolo novedoso, bastante apegado al contexto nacional.

Recomendaciones:

En cuanto a las técnicas un poco hay que adecuar la redacción, ser más explícito sobre la metodología.



Universidad de Cuenca

Fotografías









Universidad de Cuenca

Anexo 5 Protocolo de primeros auxilios psicológicos en violencia de género

Cuenca, Abril 01 del 2019

Mgst.

Gonzalo Reyes

Director del Centro de Posgrados de la Facultad de Filosofía, Letras y CC de la Educación

De mi consideración,

La presente tiene por objeto darle a conocer que he cumplido con la tutoría del trabajo de graduación que lleva por título "Prácticas Profesionales de Atención Pre Hospitalaria, en el Abordaje de la Violencia de Género, Quito 2018-2019" y realizado por el señor Juan Diego Carpio Espinoza egresado de la II cohorte de la Maestría en Educación Sexual; además he constatado que la investigación se ha llevado a cabo respetando los parámetros de integridad académica, se ha seguido el diseño aprobado y se adjunta el reporte Urkund; por lo tanto considero que la tesis está en condiciones de ser revisada por los lectores respectivos.

Atentamente,



PhD. © Henry Cadena Povea
DIRECTOR DE TESIS



Cuenca, Abril 01 del 2019

Psicólogo
Juan Diego Carpio Espinoza
ESTUDIANTE MAESTRIA EN EDUCACIÓN SEXUAL

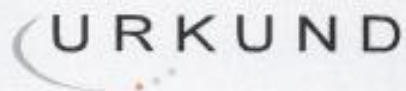
De mi consideración,

La presente tiene por bien referir el Informe del porcentaje obtenido en URKUND (1%) en su trabajo de titulación denominado "Prácticas Profesionales de Atención Pre Hospitalaria, en el Abordaje de la Violencia de Género, Quito 2018-2019". Aspecto que demuestra que la investigación se ha llevado a cabo respetando los parámetros de integridad académica.

Adjunto hoja principal del sistema URKUND para el uso académico que usted estime conveniente.

Sinceramente,

PhD © Henry Cadena Povea
DIRECTOR DE TESIS



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS PRACTICAS PROFESIONALES DE APH EN VIOLENCIA DE GÉNERO 2019 V. FINAL.docx (D49987376)
Submitted: 4/1/2019 6:50:00 AM
Submitted By: juandi_galery88@hotmail.com
Significance: 1 %

Sources included in the report:

Tesis Dr. Mora.docx (D22174747)
SISTEMATIZACION UCE 2016.pdf (D24867806)
Josselin Vera Alcivar.docx (D41666345)
<https://www.eluniverso.com/noticias/2018/11/13/nota/7048026/foro-se-analiza-violencia-contra-mujer-ecuador>
https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Violencia_Genero_Documentacion_Red_Ciudadana_folleto.pdf
<http://cenitpsicologos.com/no-revictimizar-a-la-victima-que-es-la-doble-victimizacion-en-los-procesos-judiciales/>

Instances where selected sources appear:

7